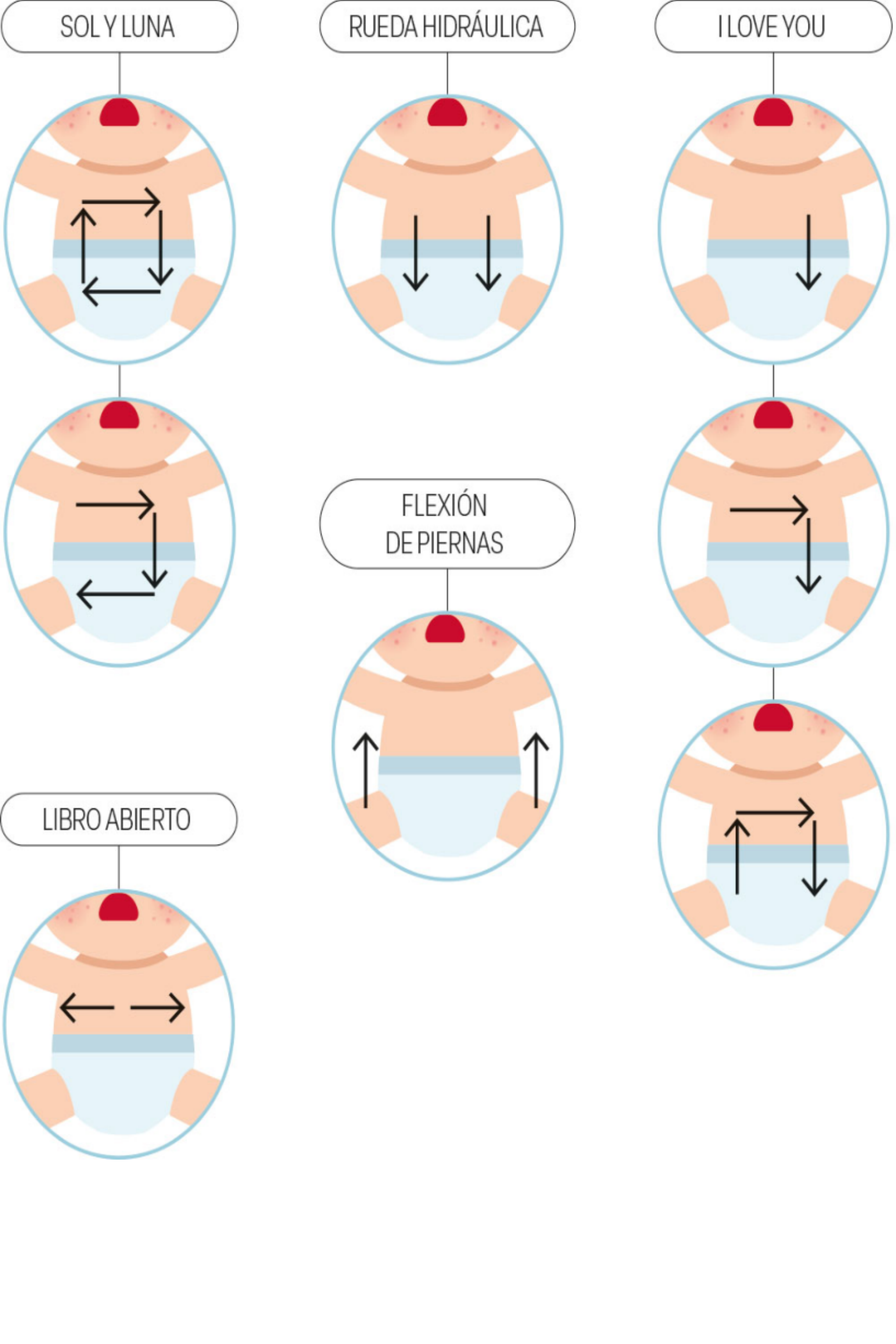

SOL Y LUNA
RUEDA HIDRÁULICA
I LOVE YOU
FLEXIÓN
DE PIERNAS
LIBRO ABIERTO

ÍNDICE



SINOPSIS

Como dice Nerea Sarrión Sos, madre y pediatra, los bebés no llegan con un manual de instrucciones bajo el brazo. Por ese motivo decidió escribir este libro: se trata de una minuciosa guía ilustrada que acompañará a madres y padres desde el esperado momento en que sostienen a su bebé en brazos por primera vez hasta su desarrollo durante los meses y años siguientes.

Partiendo de su experiencia profesional y personal, la autora de *Cuidar lo que más importa* nos ofrece aquí sus conocimientos de forma accesible y sencilla, con herramientas y consejos para todas las fases de la crianza —las primeras horas, la lactancia, la alimentación, el sueño, síntomas y enfermedades habituales…—, además de tratar un buen número de dudas, términos médicos y problemas que suelen surgir en consulta.

DRA. NEREA SARRIÓN SOS

CUIDAR
LO QUE MÁS
IMPORTA

Manual de salud
infantil para el día a día

INTRODUCCIÓN

Soy Nerea Sarrión Sos, mamá y pediatra.

He querido ser médico desde que tengo memoria. Cumplí mi sueño en la Universidad Rovira y Virgili, donde me licencié en Medicina y Cirugía. Posteriormente realicé la residencia de Pediatría en el Hospital General Universitario de Valencia. Una vez terminada la especialidad aterricé en Atención Primaria, campo de la pediatría antes desconocida para mí que me acabó enamorando y apasionando, porque requiere conocimientos del niño de manera integral, de todas las especialidades, y sobre todo porque me permite ser la pediatra de referencia de «mis familias», a las que acompaño en esta aventura tan apasionante, y con las que tengo la suerte de crear una bonita relación de confianza. Además, en los últimos años he complementado la atención primaria con guardias hospitalarias y consulta privada en sus diferentes modalidades.

La medicina cambia constantemente, y por ello la formación continuada es muy importante en nuestra profesión. Para mí no es un impedimento, pues estar al día en las últimas actualizaciones y aprender es algo que me encanta. Por este motivo, siempre que tengo oportunidad no solo realizo formaciones de las diferentes subespecialidades pediátricas, sino que profundizo activamente en otros aspectos muy importantes en el día a día de las familias a las que atiendo en consulta (sueño infantil, lactancia materna, alimentación, crianza…). Por otro lado, yo misma soy docente en diferentes formaciones para profesionales sanitarios.

En 2019 inicié con @nerea_pediatra mi proyecto profesional en las redes sociales. Tenía el objetivo de ayudar a mis pacientes de entonces y a sus familias, ya que observaba que sus dudas eran muy comunes y había una gran desinformación en muchos aspectos de la salud infantil. Poco a poco, la comunidad ha ido creciendo, y actualmente ya son 100.000 personas las que siguen mis publicaciones. Admito que divulgar no es fácil: requiere tiempo y esfuerzo, pues detrás de cada publicación hay muchas horas de trabajo. Pero me gusta informaros, que aprendáis con mi contenido y que os sea útil en vuestro día a día. Además de las publicaciones, para profundizar y aportaros más conocimientos en otros ámbitos que difícilmente podemos abarcar en consulta, realizo diferentes talleres y formaciones, tanto para familias como en centros educativos.

Hay un evento que ha marcado y ha influido en mi vida no solo a nivel personal, sino también profesional. Cursando tercero de carrera me diagnosticaron una leucemia, y de un día para otro mi vida se paralizó. Una vivencia así te obliga a apreciar esas pequeñas cosas que antes te pasaban desapercibidas, y a centrarte y valorar lo realmente importante: la salud y la familia. Gracias a la ciencia y al excelente equipo sanitario que me atendió, pude reanudar mi vida sin complicaciones unos meses después y llegar a lo que soy hoy.

Y lo más importante de todo: ser madre. Soy madre de una niña de casi tres

años, y en las próximas semanas empezaré la aventura de la bimaternidad. Ser madre me ha hecho entender esas miradas de preocupación cuando entráis en la consulta, esas lágrimas sin justificación aparente (pero bien justificadas), me ha enseñado a no juzgar bajo ninguna circunstancia… Ser madre me ha hecho mejor pediatra. Porque lo he vivido, lo vivo y lo viviré. Y os entiendo en cada momento. Ser madre es enamorarte cada día, todavía más que el anterior. Pero también es sacrificio, cansancio y cambiar prioridades.

Con este libro quiero ayudaros en cada etapa de la infancia de vuestros hijos, desde el nacimiento y durante los siguientes años. He querido que este sea vuestro «libro de cabecera»: una herramienta útil para que solucionéis muchas de las dudas que me planteáis en el día a día. Y si no encontráis alguna de ellas, os pido disculpas anticipadas: tratar de abordar temas tan complejos y sintetizarlos es muy, pero que muy difícil. Espero que os sirva para pasar de preocuparos a ocuparos: la información os hará vivir la maternidad y la paternidad con mayor tranquilidad. Estas son las recomendaciones que os doy como pediatra, con todo el rigor científico posible, pero también como mamá, porque la teoría y la realidad en ocasiones son diferentes. Porque algunas cuestiones no están en los libros, sino en lo que nos aporta la experiencia.

1. ¡HOLA, BEBÉ!

Después de meses de espera y muchísima ilusión, ha llegado el momento: ¡tu bebé ya está aquí! Entras en una nueva y maravillosa etapa, pero a su vez llena de dudas.

Los bebés no nacen con un manual de instrucciones bajo el brazo, y de hecho es probable que lo que funciona con un bebé no sirva con otro, pero eso hace que traer un hijo al mundo sea una aventura para todos. A lo largo de las próximas páginas, espero darte herramientas que te ayuden en este nuevo, bonito y apasionante viaje basándome en mis conocimientos como pediatra, así como en mi experiencia como madre.

PRIMERAS HORAS

Los bebés suelen nacer entre la semana 37 y 42 de embarazo. Aquellos que nacen antes serán prematuros y requerirán de diferentes cuidados en función del grado de prematuridad.

Tras el nacimiento, siempre que el bebé y la madre se encuentren bien, es recomendable realizar **contacto piel con piel**, independientemente del tipo de parto. Consiste en colocar al bebé desnudo sobre el vientre materno, en el mismo paritorio, cubriéndolo para que mantenga la temperatura. Se recomienda estar así entre una hora y dos, pero puede prolongarse todo el tiempo que se quiera. Solo debería interrumpirse si la madre o el bebé requieren cuidados especiales o actuaciones urgentes y habría que retomarlo en cuanto las circunstancias lo permitan. En el caso de que la madre no pueda llevarlo a cabo desde el primer momento, podría hacerlo el otro progenitor o un acompañante. Seguro que te preguntas qué beneficios aporta esto.



PARA EL BEBÉ

Favorece el inicio de la lactancia materna.

Fomenta el vínculo afectivo.

Mejora la adaptación: regula la circulación sanguínea, la respiración, los niveles de azúcar en sangre y la temperatura.



PARA LA MADRE

Disminuye la ansiedad y la depresión posparto.

Ayuda a la recuperación del útero y disminuye el riesgo de sangrado.

Estimula la producción y la eyección láctea, y reduce las molestias de la subida de la leche.

Paralelamente, el personal sanitario valorará la adaptación del bebé a la vida extrauterina mediante una herramienta rápida basada en la observación (**test de Apgar**), por lo que no se precisa separar al bebé de la madre. Durante las horas siguientes al nacimiento, después del contacto piel con piel, se procederá a pesar y medir al bebé, y se llevarán a cabo una serie de procedimientos con el objetivo de **prevenir problemas de salud** en el recién nacido:

APLICACIÓN DE POMADA OFTÁLMICA para evitar la conjuntivitis neonatal por gérmenes que se hayan podido transmitir a través del canal del parto.

ADMINISTRACIÓN DE VITAMINA K (habitualmente, por vía intramuscular, aunque en algunos centros existe la posibilidad de que sea oral), que interviene en la coagulación y previene frente a la enfermedad hemorrágica del recién nacido.

Una vez en la habitación, hay que aprovechar para recuperarse, estar en calma y conocerse. El bebé, que ha pasado sus primeras dos horas de vida en estado de alerta y muy despierto, entrará en una fase de adormecimiento que durará entre 12 y 24 horas. Como veremos más adelante, si la madre quiere amamantar, tendrá que mantener el contacto piel con piel el máximo tiempo posible y ponerlo sobre el pecho con regularidad.

Antes del alta —si no hay incidencias, suele darse dos o tres días después del parto—, se harán unas pruebas para **detectar precozmente ciertos problemas de salud**:

CRIBADO METABÓLICO (LA PRUEBA DEL TALÓN): consiste en la obtención de una muestra de sangre para detectar diferentes enfermedades poco frecuentes ya presentes en el nacimiento cuyo diagnóstico e intervención precoces mejorarán su pronóstico. Si son normales, los resultados te llegarán a casa por correo ordinario. En ocasiones, es preciso repetirlas pasados unos días: no te preocupes por ello.

CRIBADO AUDITIVO: es una prueba rápida, sencilla e indolora para detectar problemas auditivos. No te preocupes si tu hijo no la «supera», pues es algo frecuente, por lo que te citarán para repetirla pasados unos días.

CRIBADO DE CARDIOPATÍAS: mide la saturación de oxígeno en pocos segundos para detectar problemas importantes en el corazón.

Se recomienda control del pediatra a las 24-48 horas del alta.

¿CÓMO ES UN BEBÉ?

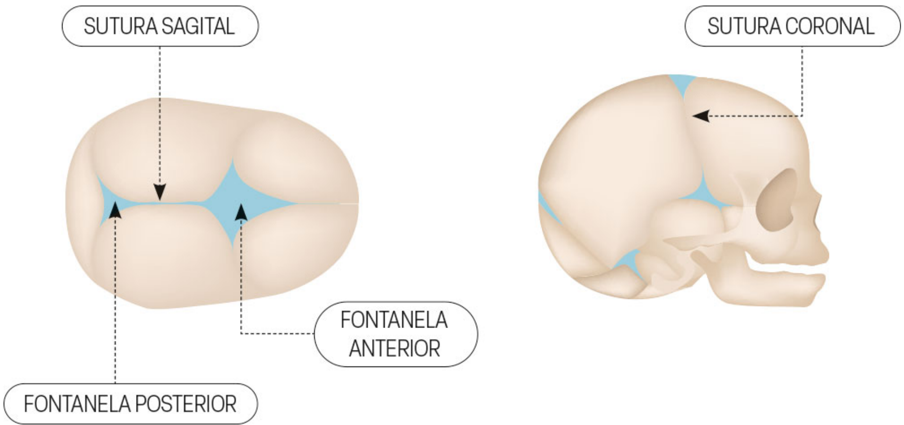
Los niños no son adultos en pequeñito. Presentan unas características que los hacen únicos. Como madre, entiendo muchas de las preocupaciones que surgen los primeros días y semanas. Como pediatra, quiero proporcionarte información útil y práctica que resuelva todas tus dudas.

La cabeza

Es habitual que los bebés nazcan con la cabeza abultada, como con un chichón. Se trata del ***caput***, un acúmulo de líquido en el cuero cabelludo debido a la presión ejercida durante el parto. Se reabsorberá poco a poco en las siguientes horas.

Además, los huesos del cráneo del bebé están separados para permitir que su cabeza se amolde a la pelvis durante el parto, así como para favorecer su crecimiento y el del cerebro durante los siguientes meses. Estas separaciones entre los huesos del cráneo se llaman ***suturas***, y los espacios membranosos donde se unen, ***fontanelas***. Una peculiaridad de las fontanelas es que puedes observar cómo se mueven rítmicamente, como si latiesen, debido a los vasos sanguíneos que hay bajo la piel.

FONTANELAS Y SUTURAS



Poco a poco, los huesos se irán fusionando. El cierre de la fontanela anterior (la más evidente) se produce en torno a los 9-18 meses. Un cierre tardío no tiene por qué ser patológico, pero sí requiere un seguimiento. Si los huesos se cierran precoz o asimétricamente (**craneosinostosis**), un especialista deberá examinar al bebé.

Los ojos

Cuando nace, el bebé tiene una **visión muy inmadura**: ve borroso, sin colores (en blanco y negro) y no puede enfocar más allá de 20-30 cm. Alrededor de los 2 meses, empieza a apreciar colores, a fijar la mirada y a seguir objetos en movimiento, y la vista sigue desarrollándose con el paso del tiempo. Aunque un gran porcentaje de niños perfecciona su visión alrededor de los 4 años, puede ser normal que se retrase hasta los 6.

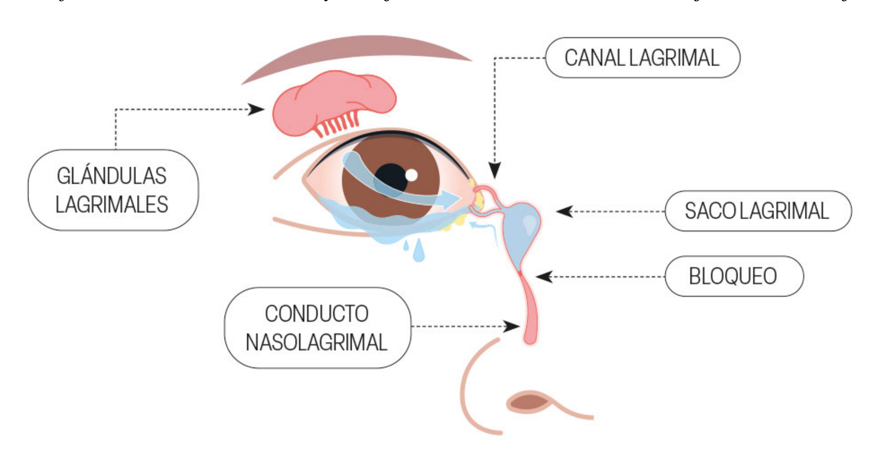
El **color de los ojos** viene determinado por la genética (y no por el tipo de lactancia o el momento del destete, como se cree popularmente) y depende de la cantidad y distribución de un pigmento llamado *melanina*. Cuando el bebé acaba de nacer, tiene los ojos de color claro (grisáceos o azulados) por la inmadurez de las células productoras de melanina, aunque este va cambiando progresivamente hasta que, hacia los 9-12 meses, se define. Sin embargo, puede haber pequeñas variaciones de color hasta los 3 años.

Es posible que tu hijo bizquee de manera intermitente durante los primeros meses (**estrabismo**). Sucede porque la coordinación de los movimientos oculares no se desarrolla hasta los 4-6 meses. En caso de que los ojos no lleguen a estar alineados en ningún momento (estrabismo fijo) o no coordinen adecuadamente a partir de los 6 meses, deberás consultar al pediatra.

También es frecuente la presencia de legañas o lagrimeo recurrente en un ojo o ambos. Sucede por la **obstrucción del conducto nasolagrimal**, encargado de drenar las lágrimas que hidratan el ojo. Suele resolverse durante los primeros meses de vida con una higiene adecuada y masajes diarios en la zona interna del ojo aplicando una ligera presión. En caso de conjuntivitis recurrentes o persistencia de la obstrucción más allá del año, tendrá que valorarlo el oftalmólogo.

OBSTRUCCIÓN LAGRIMAL

A diferencia de cuando hay conjuntivitis, en este caso el ojo no está rojo.



La piel

La piel del bebé es muy **fina y delicada**, con sus funciones protectoras inmaduras, y por ello más propensa a irritaciones. Además, suelen preocupar algunos hallazgos **muy frecuentes y normales**, que en su mayoría desaparecerán **sin ningún tratamiento**:

UNTO SEBÁCEO O *vernix caseosa*: sustancia grasienta blanquecina presente en el nacimiento, con propiedades bactericidas y reguladoras de la temperatura. Más abundante en pliegues y genitales. Desaparecerá con la higiene los siguientes días, pero es recomendable posponer su retirada (y por ello no bañar al bebé las primeras horas) para que realice su función.

LANUGO: vello fino por todo el cuerpo, con función protectora y termorreguladora. Se irá eliminando con el paso de los días.

MANCHA MONGÓLICA O AZUL: mancha gris azulada que se localiza en la región más baja de la espalda. No implica que exista ninguna patología. Se irá aclarando con el transcurso de los meses o años.

QUISTES DE MÍLIUM O MILIARIA (engordaderas): pequeños quistes blanquecinos en la cara, aunque también pueden aparecer en la boca: en el paladar (**perlas de Epstein**) o en las encías (**nódulos de Bohn**). Suelen desaparecer por sí solos antes del mes de vida.

ERITEMA TÓXICO O EXANTEMA TOXOALÉRGICO: granitos rojos sobre una base enrojecida que aparecen entre las 24 y 48 horas de vida y remiten por sí solos antes de los 7-10 días tras el nacimiento. Se desconoce el origen de su aparición.

ACNÉ NEONATAL: granitos rojos o blancos principalmente en mejillas, nariz o frente que aparecen hacia los 15 días de vida. De causa desconocida, aunque se cree que está relacionado con el paso de hormonas maternas que estimulan las glándulas sebáceas del bebé.

Desaparecen antes de los 3 meses.

DESCAMACIÓN DE LA PIEL EN TRONCO Y EXTREMIDADES: sucede los primeros días de vida debido al cambio de ambiente tras el nacimiento del bebé (pasa de un ambiente húmedo dentro del útero al ambiente seco del exterior). En un par de semanas la piel se habrá regenerado.

ANGIOMAS PLANOS (picotazo de la cigüeña o beso del ángel): manchas rosadas o color salmón en nuca, párpados o centro de la frente. La mayoría de ellas se difuminarán con el paso de los meses, aunque es frecuente que permanezca el angioma de la nuca.

ICTERICIA: coloración amarillenta de la piel y mucosas debido al aumento de bilirrubina en la sangre. Suele aparecer pasadas las 24 horas de vida y durar pocos días, aunque en bebés amamantados a veces se prolonga. Como la bilirrubina se elimina con ayuda de la luz, en la mayoría de las ocasiones bastará con una exposición indirecta a la luz solar, sin ropa, durante unos minutos varias veces al día. Si tu bebé adquiere un color muy amarillento precisará de pruebas que confirmen los valores de bilirrubina e incluso de tratamiento hospitalario con una lámpara especial (fototerapia).

PIEL MARMÓREA O *cutis marmorata*: piel de aspecto reticulado o moteado por los cambios de temperatura.

COSTRA LÁCTEA: inflamación benigna de la piel del cuero cabelludo en forma de placas grandes y amarillentas con escamas que no pican ni duelen. Aparece alrededor de las 2-3 semanas de vida y suele desaparecer antes del año sin requerir tratamiento (aunque puede persistir, incluso en adultos). Si hay mucha cantidad puedes consultar al pediatra, pues su curación puede acelerarse tomando algunas medidas:

Aplicar vaselina líquida o aceites (de oliva, de almendra…) sobre las escamas y dejar actuar unos 20-30 minutos antes del baño para reblandecerlas. Después, retirarlas poco a poco con ayuda de un cepillo suave.

Usar champús o lociones específicos.

Los genitales

Las niñas, por influencia de las hormonas maternas, pueden nacer con los **labios mayores abultados** y presentar un **flujo vaginal** blanquecino y mucoso, e incluso un pequeño **sangrado**, como si fuera una menstruación.

La gran mayoría de los niños nacen con **fimosis**. También es frecuente el aumento de tamaño de la bolsa escrotal por acúmulo de líquido (**hidrocele**), que suele reabsorberse antes del año. Además, en algunos recién nacidos no se palpan los testículos en la bolsa escrotal (**criptorquidia**).

FIMOSIS: estrecha abertura del prepucio (la piel que recubre el glande) que impide retraerlo. En el nacimiento, el 90 % de bebés presentan fimosis, que se resuelve sola con el crecimiento (80 % a los

3-4 años). Los cuidados son:

Antes de los 3-4 años, será suficiente con asegurar la higiene genital básica con agua y jabón, sin forzar la retracción de la piel ni manipularla.

A partir de los 3-4 años, se iniciará tratamiento, que consiste en la aplicación de una crema de corticoides sobre el prepucio dos veces al día durante varias semanas, junto con tracciones suaves. Si persiste una fimosis franca, será el cirujano o urólogo pediátrico quien indique la necesidad de cirugía.

En caso de complicaciones (infecciones urinarias o balanitis de repetición, dolor con erecciones…), estará indicado tratamiento antes de estos plazos.

Bajar la piel a la fuerza (el famoso tirón) está totalmente contraindicado. Además de ser doloroso, causará desgarros, heridas y cicatrices en la piel, que pueden empeorar la fimosis.

CRIPTORQUIDIA: ausencia de testículo en la bolsa escrotal por falta de descenso durante el periodo embrionario. Este permanece en alguna porción del recorrido desde el abdomen. Aunque es frecuente en algunos recién nacidos, sobre todo prematuros, suele descender a lo largo de los primeros meses de vida. Si no está presente a los 6 meses, se recomienda remitir al especialista, ya que habrá que intervenir quirúrgicamente antes de los 2 años. El objetivo es evitar futuros problemas de fertilidad y complicaciones.

No hay que confundir con el **testículo en ascensor o retráctil**, aquel que sube y baja con facilidad. Este puede hacerse descender manualmente a la bolsa escrotal. Suele ser frecuente en la etapa preescolar y solo precisa seguimiento.

El pecho

Independientemente del sexo, por el traspaso de hormonas maternas, es habitual que durante la primera semana de vida los pechos del bebé aumenten de tamaño (**ingurgitación mamaria**). También es posible que haya secreción a través del pezón. No te preocupes por ello.

El abdomen

El **cordón umbilical** es una estructura gelatinosa que une la placenta de la madre con el feto, que recibe así nutrientes y oxígeno. Tras el nacimiento, se cortará y se pinzará. Siempre y cuando las condiciones sean favorables, su pinzamiento tardío es beneficioso, ya que permite que la sangre de la placenta retorne al recién nacido, lo que mejora sus reservas de hierro y, por tanto, disminuye el riesgo de anemia.

Con el paso de los días, el trocito de cordón que ha quedado con la pinza se irá secando y adquirirá un color oscuro hasta que se caiga, entre el día 5-15 de vida, aunque puede ocurrir antes o después. Tras la caída del cordón, puede haber un pequeño sangrado hasta que acabe de cicatrizar. Otras veces, aparecerá un bulto húmedo, que podría tratarse de un **granuloma umbilical**.

Más adelante hablaré de los cuidados del cordón umbilical y los motivos por los cuales hay que consultar al respecto.

Granuloma umbilical: sobrecrecimiento de tejido que aparece durante el proceso de curación del ombligo. Es un bultito de aspecto carnoso, rosado y húmedo. Suele resolverse solo, pero puede crecer y ser una puerta de entrada para infecciones, por lo que es preferible acelerar su curación. Tu pediatra te indicará la mejor forma de hacerlo, aunque hay varias alternativas seguras e indoloras:

- Aplicar sal común sobre este y cubrir con una gasa durante 20 minutos antes de limpiar. Repetir 2 veces al día durante 3 días.
- Aplicar, por parte del pediatra, nitrato de plata a toquecitos para secarlo.

Otro hallazgo que vemos con frecuencia en el abdomen del bebé es la aparición de una masa en la zona del ombligo, lo cual puede deberse a una **hernia umbilical**.

El comportamiento

¿Es normal que mi bebé solamente quiera brazos?, ¿y que llore nada más dejarlo en la cuna? Yo misma me veo reflejada en estas dudas. Para tu tranquilidad, te diré que sí, es normal. De hecho, durante los primeros meses de mi hija, la cuna no fue más que un mueble decorativo donde apilar ropa, pañales y trastos.

El bebé humano es la criatura más inmadura y dependiente de todos los mamíferos al nacer. Se desarrolla durante el embarazo en el mundo perfecto que se le proporciona, sintiendo la vibración de la voz y el latido de la madre, con una temperatura cálida y una luz estable. Pero nace prematuramente y necesita seguir «gestándose», desarrollándose con la recreación de un ambiente lo más similar posible al del útero. Por este motivo, está programado para estar en contacto humano, para una lactancia constante, para despertares continuos… Todo esto se conoce como **segundos nueve meses** o **exterogestación**. Aunque no lo creas, cubriendo esta necesidad, estás haciendo algo inmensamente importante: favorecer el desarrollo y la maduración óptima de sus conexiones neuronales. Además, con el contacto frecuente, le estás dando el amor, la seguridad y confianza que necesita para establecer un apego seguro.

«Me han dicho que debo dejarlo llorar porque, si lo cojo en brazos, se va a malacostumbrar.»

El llanto es un método de comunicación del bebé a través del cual transmite sus necesidades físicas y emocionales, que deben ser atendidas para reforzar su confianza y su autoestima. El apego seguro se establece cuando sus cuidadores están disponibles y responden a sus necesidades. No atender al bebé es negativo para su desarrollo, su salud emocional y el establecimiento del vínculo. De hecho, se ha visto que el llanto prolongado y desatendido es perjudicial. Sí, es posible que deje de llorar, pero porque aprenda que nadie acudirá a su llamada, no porque no te necesite.

Así que no tengas miedo: el bebé no te está manipulando ni tú lo estás malacostumbrando, solo le estás dando lo que necesita.

El peso

¿Es normal que pierda peso tras el nacimiento? ¿Cuál suele ser la ganancia de peso habitual? El peso del bebé suele ser motivo de preocupación; de hecho, es una de las variables que los pediatras valoramos estrechamente durante las primeras semanas de vida.

A continuación, te dejo unas orientaciones, pero hay que tener en cuenta que será el pediatra quien determine, mediante los controles, el adecuado crecimiento del bebé.





Al nacer: pesa 2,5-4 kg.

Los primeros días de vida: pierde un 5-10 % de peso.

A partir de 3-5 días: comienza a ganar peso.

Entre 7-15 días: recupera el peso que tenía al nacer.

Durante el primer año:

Ganancia de peso orientativa:

<6 semanas: 15-30 g/día.

1,5-4 meses: 100-200 g/semana.

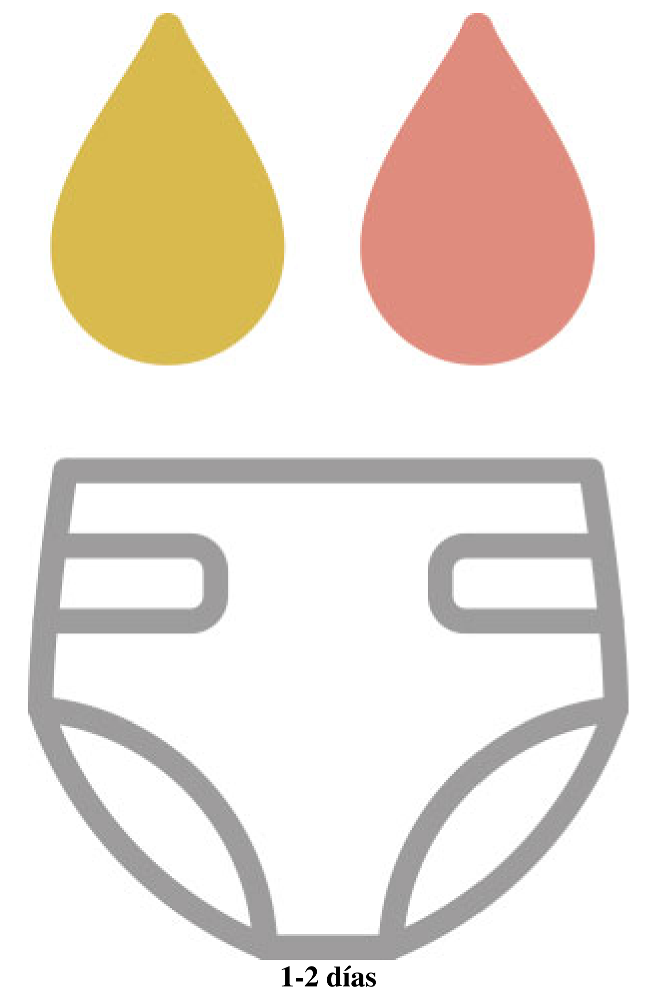
4-6 meses: 80-150 g/semana.

6-12 meses: 40-80 g/semana.

Las micciones

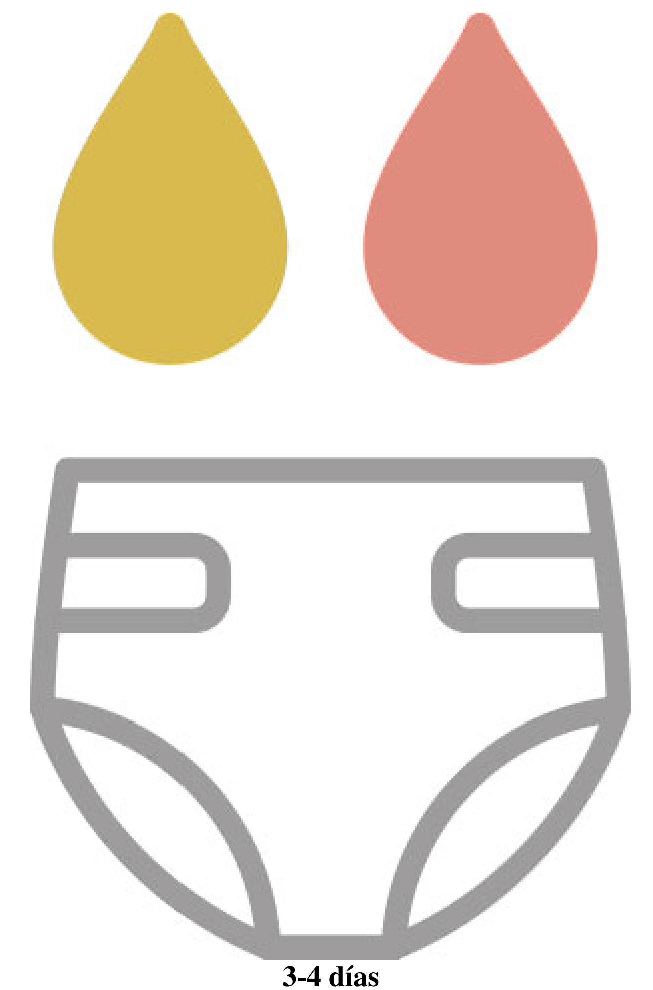
Las micciones durante las primeras horas tras el nacimiento pueden ser escasas y de color anaranjado o rojizo por la concentración de la orina y la presencia de uratos. A partir del día 3-5, las micciones deben ser frecuentes y claras. En caso contrario, puede deberse a que el bebé no coma lo suficiente y esté deshidratado, por lo que habrá que consultar.

MICCIONES NORMALES

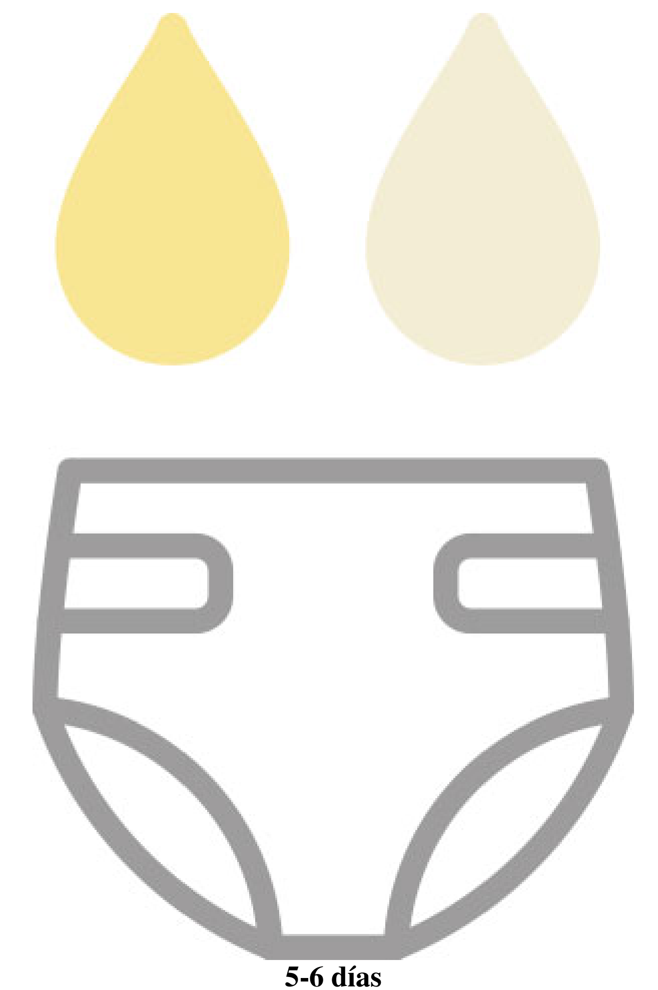


1-2 días

1-2 micciones/día; uratos normales.

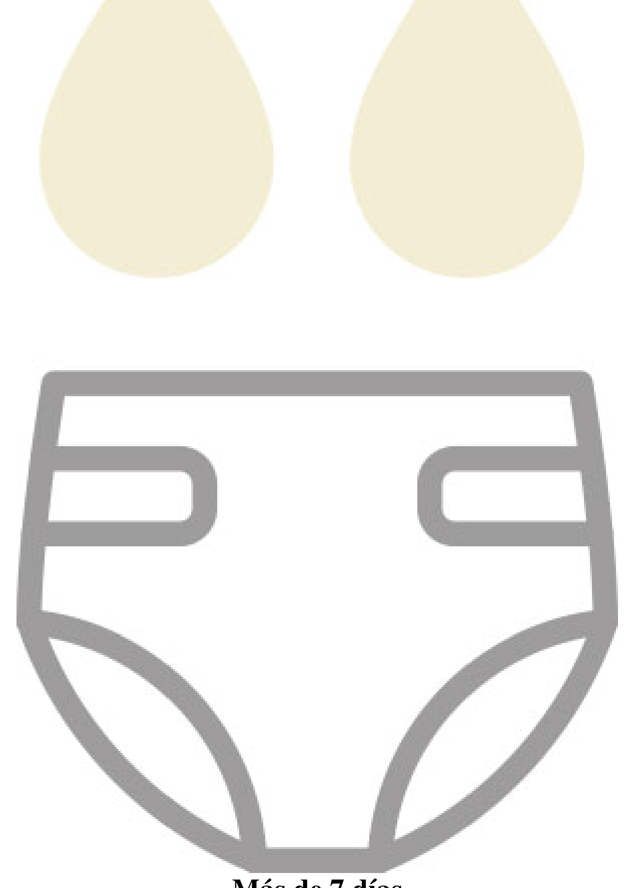


3-4 días
2-4 micciones/día; uratos aceptables.



5-6 días

4-6 micciones/día; claras, sin uratos.



Más de 7 días

6-8 micciones/día; claras, sin uratos.

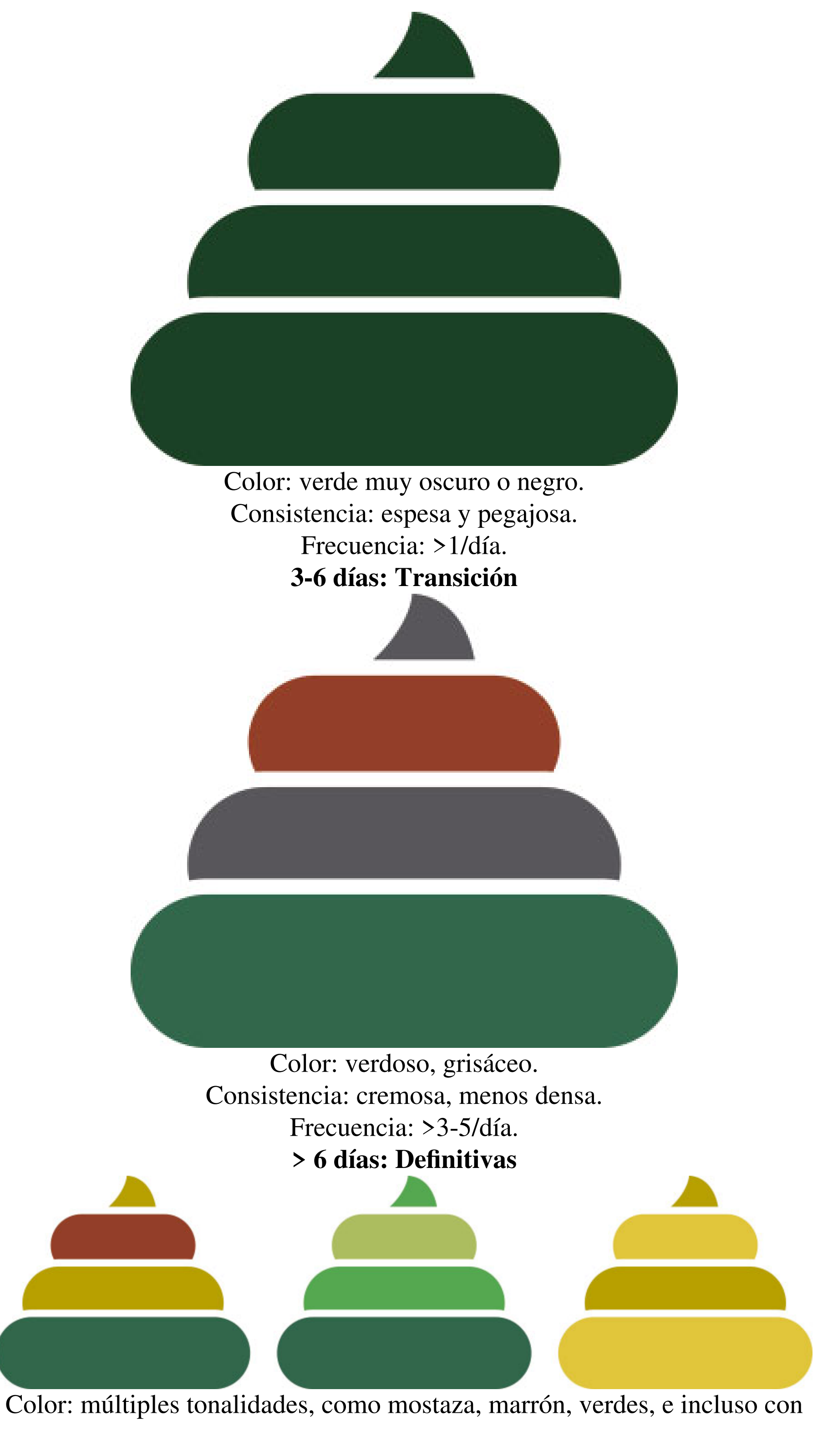
Las deposiciones

Puede que ya haya pasado o que estés a punto de descubrirlo: las cacas de tu hijo van a ser tema de conversación, y puede que hasta de preocupación. ¡No hay día que no me pregunten o me envíen fotografías de los pañales de los peques!

Pues bien, para transmitir algo de calma, a continuación te facilito un resumen de lo que puedes esperar, teniendo en cuenta que puede haber diferencias en función del tipo de lactancia.

DEPOSICIONES NORMALES

1-3 días: Meconio



Color: verde muy oscuro o negro.
Consistencia: espesa y pegajosa.
Frecuencia: >1/día.

3-6 días: Transición

Color: verdoso, grisáceo.
Consistencia: cremosa, menos densa.
Frecuencia: >3-5/día.

> 6 días: Definitivas

Color: múltiples tonalidades, como mostaza, marrón, verdes, e incluso con

mucosidad ocasional.

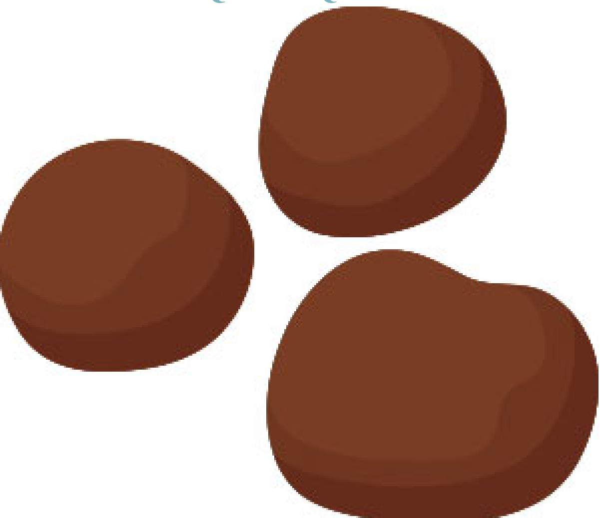
Consistencia: líquida, semilíquida, pastosa o grumosa.

Frecuencia:

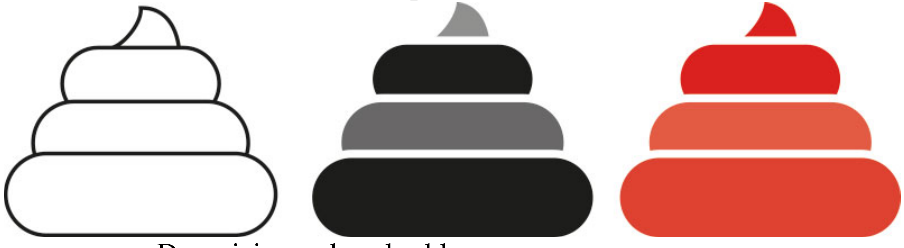
Primer mes: >3-6/día, incluso tras cada toma.

A partir de las 4-6 semanas: muy variable (desde varias veces al día hasta 1 cada 7-15 días).

DEPOSICIONES QUE REQUIEREN CONSULTA



Deposiciones duras, bolitas, que suponen mucha dificultad o dolor a la hora de expulsarlas.



Deposiciones de color blanco, negro o con sangre.



Presencia de mucosidad persistente.

¿Estará estreñido?

El estreñimiento en lactantes, más que la frecuencia de las deposiciones, lo determina su consistencia. Lo más habitual es que se trate de un **falso estreñimiento del lactante**: el bebé está varios días sin deponer, pero mantiene su apetito, no está incómodo y, cuando defeca, la consistencia de la deposición es normal.

Falso estreñimiento: heces blandas.

Estreñimiento: heces duras o bolitas.

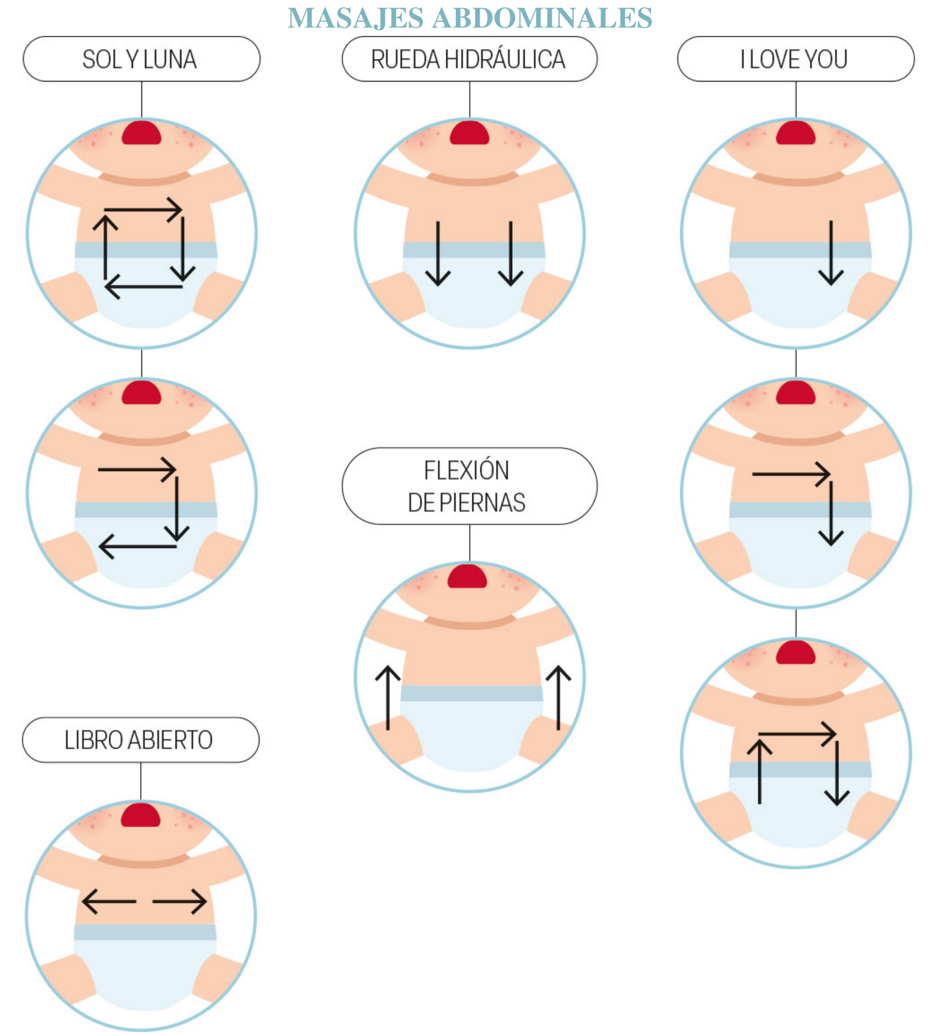
ANTES HACÍA VARIAS CACAS AL DÍA, Y AHORA UNA VEZ A LA SEMANA. Los recién nacidos suelen deponer cada vez que comen, debido a la inmadurez del esfínter anal y al reflejo gastrocólico, que moviliza su intestino con las tomas. Este reflejo irá disminuyendo poco a poco y, con ello, la frecuencia de las deposiciones.

Además, en bebés amamantados, la leche materna se aprovecha casi por completo, por lo que genera poco residuo. Por ello, es habitual (y no supone ningún problema) que algunos bebés estén varios días sin deponer, incluso 10 o 15 días.

SE PONE ROJO, EMPUJA, HACE FUERZA..., PERO A VECES CONSIGUE DEPONER, Y OTRAS NO. La **disquecia del lactante** es un fallo de coordinación en el proceso de defecación por inmadurez del bebé. El bebé hace fuerza para deponer, pero contrae el esfínter anal en lugar de relajarlo. De nuevo, si consigue deponer, la consistencia será normal. Es un proceso benigno y transitorio que se resuelve en unas semanas.

Estas situaciones son frecuentes, por lo que no hay que perder la calma. El

porteo, los movimientos con las piernecitas o los masajes abdominales pueden aliviar al bebé.



Salvo si es por indicación del pediatra, no se recomienda cambiar su alimentación ni administrarle laxantes o supositorios. Tampoco darle infusiones ni tratar de estimularlo con ningún objeto. Podría ser perjudicial.

Cólico del lactante

Consiste en episodios recurrentes y prolongados de llanto e irritabilidad difíciles de calmar y sin causa aparente. Suelen comenzar por la tarde o noche, acompañados de flexión de piernas, cierre de puños, enrojecimiento de la cara con expresión de dolor, distensión abdominal y expulsión de gases.

Son muy frecuentes: se estima que los sufren entre un 15-40 % de los bebés. Comienzan a darse alrededor de las 2-4 semanas de vida y el pico de mayor intensidad tiene lugar sobre las 6 semanas. Hay una mejoría posterior y se resuelven antes de los 5 meses.

Aunque muchas veces se asume que este comportamiento se debe a un dolor

de tripa, no se conoce la causa de su aparición, y detrás de los cólicos no hay ninguna enfermedad. Se cree que pueden deberse a la combinación de varios factores: inmadurez neurológica y digestiva, sobreestimulación, estrés y cansancio familiar, entre otros.

No obstante…, ¡no todo el llanto se debe a los cólicos! Si te preocupa el llanto de tu bebé porque llora persistentemente durante el día o presenta síntomas de alarma (fiebre, no gana peso, vómitos, sangre en las deposiciones…), debes consultar al pediatra para que descarte otra causa.

No hay ninguna prueba que diagnostique los cólicos ni tampoco un tratamiento eficaz, pero sí puedo darte **algunos consejos**:

- Mantener un ambiente relajado durante el día, limitando estímulos, y seguir una rutina estable y calmada.
- Asegurar un adecuado descanso diurno.
- Anticiparse y relajar al bebé antes de que empiece el episodio.

Durante el episodio:

- Comprobar que el bebé tiene sus necesidades cubiertas: pañal, hambre, temperatura…
- Favorecer un ambiente tranquilo, sin exceso de estímulos.
- Bañarlo y darle un masaje suave en el abdomen.
- Pasearlo en porteo, carrito o coche.
- Tomar medidas posturales: balancearlo rítmicamente en brazos, acunarlo, colocarlo boca abajo con su barriguita sobre el antebrazo, dar pequeños saltitos sobre una pelota de pilates con él…
- Poner ruido blanco u orgánico a bajo volumen durante periodos cortos; por ejemplo, sonido de latidos del corazón.
- Mantener la calma, paciencia y tranquilidad. Si no puedes más y tu brazo se resiente, intenta turnarte con alguien.

En ocasiones, el pediatra puede indicar la administración de probióticos (*Lactobacillus reuteri*) en bebés amamantados, terapia con fisioterapeutas especializados o cambios en la alimentación. Evita tratamientos que carezcan de evidencia científica —como fármacos, infusiones u homeopatía—, pues pueden ser contraproducentes.

Hay que tener muchísima paciencia: son semanas difíciles y es normal sentir agotamiento e impotencia. Recuerda que la situación irá mejorando por sí sola.

Alergia a la proteína de leche de vaca (PLV)

Es la alergia alimentaria más frecuente en lactantes, pero tiene muy buen pronóstico y en la mayoría de las ocasiones se resuelve antes de los 2 años. Como explicaré más adelante, las alergias pueden clasificarse en función de las células que participan en la reacción (en concreto, unos anticuerpos llamados IgE).

En las alergias no mediadas por IgE, los síntomas aparecen de manera tardía sin que haya una relación clara con la ingesta del alimento. El bebé presentará síntomas digestivos (deposiciones con sangre, vómitos persistentes,

estancamiento en el peso…), y estos también se pueden confundir con otras entidades muy habituales en lactantes (cólico del lactante, reflujo gastroesofágico, estreñimiento…). Por ello, y porque no se dispone de ninguna prueba para confirmarla, el diagnóstico supone un auténtico reto. Ante la sospecha, será necesario retirar temporalmente la PLV de la alimentación del lactante para comprobar si desaparecen los síntomas e ir reintroduciéndola de manera controlada para ver si los síntomas vuelven (prueba exclusión-provocación).

Una vez confirmada la alergia, el pediatra retirará la PLV de la alimentación del bebé durante un tiempo variable. Según las circunstancias, puede estar indicada la dieta de exclusión en la madre que amamanta, mientras que los bebés con lactancia artificial o mixta precisarán de una fórmula especial.

A partir de los 6 meses o en madres con dieta de exclusión, se deberá revisar bien el etiquetado de los productos que se consuman, pues la PLV puede estar presente en muchos procesados.

El sueño

Quien concibió la expresión *dormir como un bebé* poco sabía de cómo es su sueño en realidad: inmaduro, caótico, sin distinción entre el día y la noche… El paso del tiempo, junto con la ayuda de otros consejos que te doy en el capítulo 4, ayudará a que tus ojeras vayan desapareciendo.

«¿Es normal que…?»

Otras peculiaridades que no deben preocuparte

ESTORNUDOS: son un mecanismo para eliminar partículas de la vía respiratoria.

RUIDITOS NASALES AL RESPIRAR: la rinitis seca del lactante se produce como respuesta de la mucosa de la nariz a la adaptación al medio extrauterino.

ERUCTOS: tienen lugar por inmadurez digestiva, aunque no todos los bebés necesitan eructar. Si el bebé se queda tranquilo tras la toma, no debe forzarse el eructo ni insistir; si está inquieto, bastará con incorporarlo encima de ti, no es necesario darle golpecitos.

HIPO: se debe a la inmadurez diafragmática.

RESPIRACIÓN IRREGULAR: los bebés suelen alternar entre respiraciones rápidas y otras más superficiales.

REFLEJOS: los reflejos arcaicos o primitivos (de búsqueda, de succión, de moro…) son movimientos involuntarios en respuesta a diferentes estímulos. Irán desapareciendo a medida que madure el sistema nervioso del bebé.

EXPULSIÓN DE LECHE TRAS LAS COMIDAS: se debe al reflujo del lactante.

REFLUJO DEL LACTANTE



Ascenso involuntario y sin esfuerzo del contenido del estómago hacia el esófago, con o sin salida por la boca (regurgitaciones). Sucede frecuentemente tras la alimentación, aunque puede aparecer sin relación con las tomas. Es muy habitual y hay varias condiciones que lo favorecen:

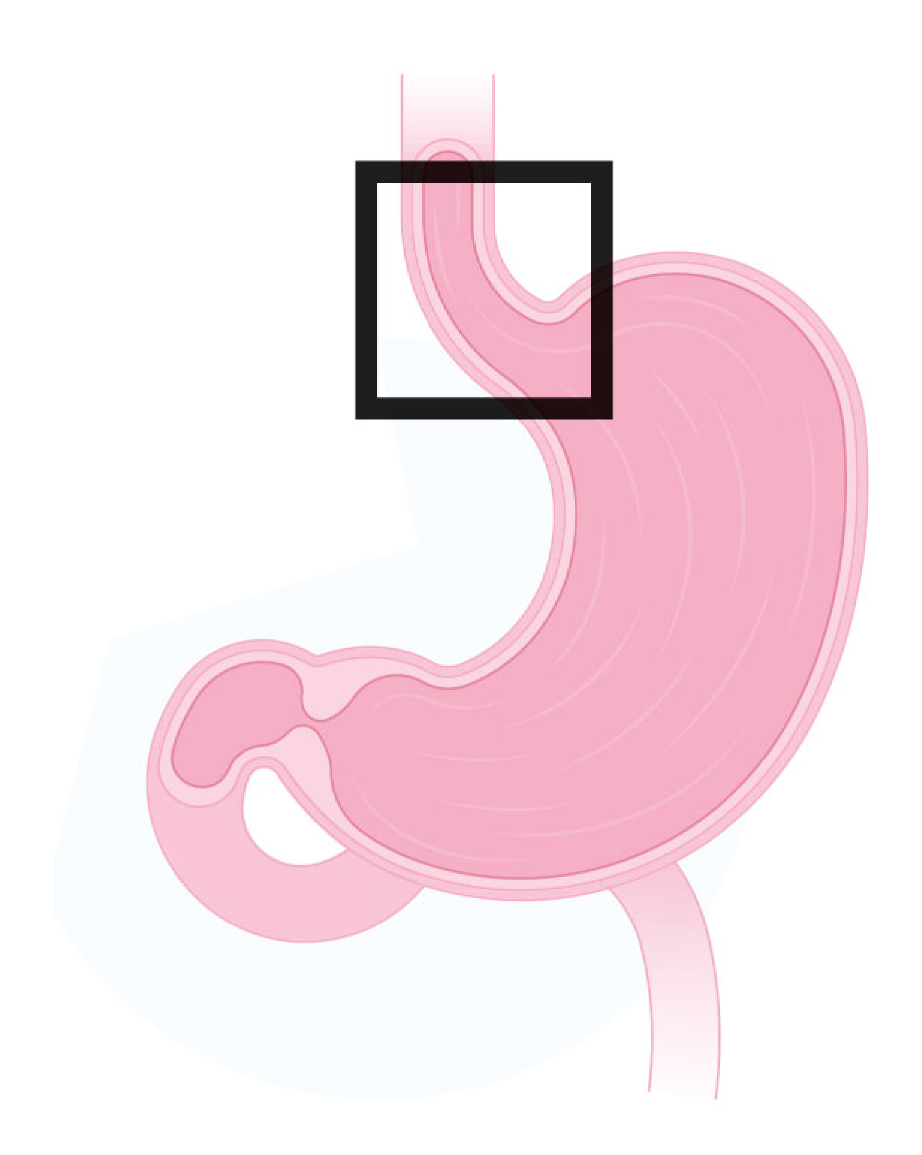
- Inmadurez del músculo que cierra el estómago (esfínter esofágico inferior).
- Alimentación líquida, que fluye con facilidad.
- Posición horizontal.

Para que un reflujo se considere fisiólógico, debe aparecer en bebés con ganancia de peso adecuada, tranquilos y felices durante y tras las tomas y sin molestias ni dolor, por lo que en caso contrario habrá que consultar.

Algunos consejos:

- Fraccionar las tomas (más frecuencia y menor cantidad).
- Tomar medidas posturales:
- Amamantar u ofrecer el biberón en posición sentada o semisentada, no horizontalmente.
- Dejar al bebé erguido un rato después de comer.
- Elevar ligeramente el cabecero del colchón de la cuna o del carrito.
- Portear al bebé.

¡Mucha paciencia! Con el tiempo, el aparato digestivo del bebé madurará y los síntomas irán remitiendo, sobre todo a partir de los 6 meses. El 90 % de los problemas de reflujo se resuelven a los 12 meses, pero en algunos niños podría durar más tiempo.



PAUTAS PARA EMPEZAR CON BUEN PIE

ALIMENTAR CON LECHE, EXCLUSIVAMENTE Y A DEMANDA, HASTA LOS 6 MESES, preferiblemente materna o, en su defecto, de fórmula infantil. En el próximo capítulo, hablaremos en detalle sobre la alimentación durante esta etapa.

DAR SUPLEMENTOS DIARIOS CON VITAMINA D mediante gotas que se administran directamente en la boca hasta el año de vida (en bebés no amamantados, al menos hasta que tomen 1 litro de fórmula infantil al día), aunque podría prolongarse en algunas circunstancias.

Esta vitamina es importante para el desarrollo esquelético,

inmunológico y neurológico. El 90 % de ella se sintetiza gracias a la exposición solar y el 10 % restante a través de la dieta, pero, como los bebés no deben estar expuestos al sol directo ni sus necesidades quedan cubiertas por la dieta, existe riesgo de déficit.

CUIDAR DEL AMBIENTE EN CASA:

Tener cuidado con las visitas. Los primeros días tras el nacimiento son momentos de intimidad, necesarios para que tu bebé y tú os conozcáis y adaptéis. Además, los bebés son inmaduros en todos los sentidos, también a nivel inmunológico, por lo que cualquier infección puede devenir en una enfermedad grave. Por estos motivos, si crees conveniente evitar las visitas o limitarlas, no temas hacerlo. Y, en caso de recibirlas, deberán respetar tus condiciones: no tener contacto con el bebé si están enfermas y extremar las medidas de higiene en todo momento (lavarse las manos, no besar al bebé en cara o manos…).

Proporcionar un entorno tranquilo.

Mantener una temperatura agradable (22-24 °C). Las habitaciones deben ventilarse regularmente. No hay inconveniente en utilizar aire acondicionado si se evita el flujo directo.

Prevenir accidentes.

No exponer al bebé al humo de tabaco. Este favorece el aumento de infecciones respiratorias y es un factor de riesgo del síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL). Si fumas, hazlo fuera de casa, ventila bien las estancias, lávate las manos y los dientes e incluso cámbiate de ropa antes de acercarte al bebé.

USO DEL CHUPETE: las recomendaciones respecto al uso del chupete no son unánimes, así que será decisión de cada familia tras informarse de sus ventajas, inconvenientes y empleo correcto. Los inconvenientes dependen del tipo de chupete, el tiempo y la frecuencia de uso, la intensidad de la succión y factores genéticos.



Cubre la necesidad de succión no nutritiva en bebés no amamantados o cuando el pecho materno no está disponible:

Consuela.

Relaja.

Calma el llanto.

Ayuda a conciliar el sueño.

Tiene efecto analgésico (alivia el dolor).

Protege de la muerte súbita del lactante, algo que tener en cuenta en bebés no amamantados.



Puede interferir en la instauración de la lactancia materna si se usa precozmente.

Su uso frecuente y prolongado ocasiona problemas de:

Dentición y mordida.

Masticación y deglución.

Lenguaje.

Respiración.

Aumenta el riesgo de otitis e infecciones en la boca.

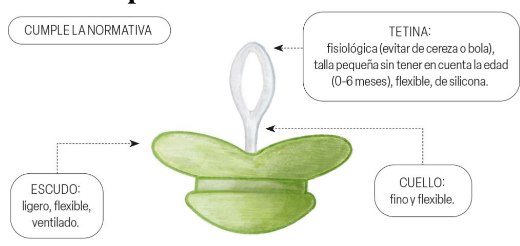
Produce caries si no se usa bien.

Puede causar accidentes.

Su retirada puede ser difícil.

Si decides ofrecer chupete a tu bebé, ten en cuenta estos consejos:

Características del chupete:



© Héctor Sarrión Sos

Inicio del chupete:

Con lactancia materna: cuando esta esté bien establecida (4-6 semanas).

Con lactancia artificial: desde los primeros días.

Uso responsable:

Limitar su empleo a momentos puntuales.

No tener siempre disponible ni al alcance.
No endulzar.
No fijar a la ropa, ni mediante cadenas ni sujetachupetes (aumenta su uso y puede ser peligroso por el riesgo de asfixia).
Retirar a los 12-18 meses, máximo 2 años.
Cuidados:
Esterilizar antes del primer uso. Después, será suficiente lavarlo con agua y jabón y aclarar con abundante agua.
Guardar en lugar seco.
Renovar con frecuencia: cada 1-2 meses o antes si se deteriora.

CREAR UN AMBIENTE DE SUEÑO SEGURO: independientemente del lugar de descanso del bebé (en su propia cuna, en una cuna anexa a la cama o en tu cama) es importante crear un ambiente de sueño seguro, teniendo en cuenta en todo momento los consejos para prevenir el SMSL.

El síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) es la muerte repentina e inexplicable de un niño menor de un año mientras duerme (el pico de incidencia se da entre los 2 y 4 meses). Aunque se desconoce la causa, hay una serie de factores protectores y otros de riesgo.

Este punto suele ser una de las mayores preocupaciones, y no es para menos. Por ello, te doy unos consejos para evitar los factores de riesgo y favorecer los protectores:

- **Acostar al bebé siempre boca arriba**, al menos hasta que haya adquirido la capacidad de voltearse en ambos sentidos. No colocarlo boca abajo ni de lado, pues es una posición inestable y tiene riesgo de girarse. Esta es la medida preventiva más eficaz.
- **Mantener una temperatura agradable (19-22 °C) y no abrigar excesivamente al bebé**, ya que el sobrecalentamiento es un factor de riesgo.
- **Usar una superficie firme y plana para que duerma**, no blanda, como sofás o sillones.
- **Despejar la cuna, que no haya objetos sueltos que puedan cubrirle la cabeza** (peluches, almohadas, ropa de cama, mantas…). La ropa de la cama debe estar fija y es mejor que solo haya sábana bajera. Una buena alternativa es usar un saquito sobre el pijama.
- **Optar por la lactancia materna**, pues es un factor protector importante.
- **Valorar el uso del chupete** durante el sueño hasta que tenga 1 año, sobre todo en bebés no amamantados.
- **Proteger para que el bebé no se caiga ni quede atrapado**: los barrotes de la cuna han de tener una separación adecuada y se

puede usar barrera protectora, sin espacios entre el colchón y la pared.

No permitir que el bebé esté expuesto al humo de tabaco ni durante el embarazo ni tras el nacimiento.

Dormir en la misma habitación que el bebé al menos hasta que tenga 6 meses, aunque es recomendable hasta los 12.

Seguir el calendario de vacunación infantil.

Además, si quieres hacer **colecho** (compartir la cama con el bebé), ten en cuenta unas consideraciones adicionales:

El bebé debe haber nacido a término y estar sano.

La lactancia ha de ser materna exclusivamente y a demanda.

Ser muy consciente de estar compartiendo cama con un bebé.

Debe evitarse en las siguientes situaciones:

Bebé menor de 3 meses que no está siendo amamantado.

Bebé prematuro o de bajo peso; habrá que esperar a que alcance la edad o el peso adecuados.

Presencia de hermanos, adultos que no sean sus padres o animales.

Si tú o tu pareja:

Padecéis obesidad mórbida.

Fumáis.

Consumís alcohol, drogas o medicamentos que puedan alterar el nivel de consciencia.

Tenéis alguna enfermedad que disminuya la respuesta (sueño muy profundo o problemas para despertar).

Pasáis por una situación de cansancio extremo (posparto inmediato).





PREVENIR LAS DEFORMIDADES DE LA CABEZA

La **plagiocefalia** es el aplanamiento de uno de los lados de la cabeza que da lugar a una deformidad o asimetría con consecuencias estéticas

y funcionales. Lo más frecuente es que sea posicional o postural; esto es, por la adopción de una postura determinada durante un tiempo prolongado con una presión constante en un cráneo que se encuentra en pleno crecimiento. En ocasiones, la favorece la limitación de la movilidad del cuello (tortícolis), pero puede aparecer en otras situaciones (embarazos múltiples, prematuridad…).

¡Lo más importante es la prevención! Por ello, hay que tomar medidas posturales desde el nacimiento:

Evitar que permanezca mucho tiempo en la misma posición y limitar el tiempo boca arriba al momento de dormir:

Tiempo boca abajo: colocar al bebé boca abajo a ratitos, siempre que esté despierto y supervisado. Puede ser sobre el pecho, jugando con él, etcétera.

Portearlo como alternativa al cochecito.

Cogerlo en brazos.

No abusar de las hamacas.

Intentar que apoye ambos lados de la cabecita por igual:

Cambiarle la orientación de la cabeza mientras se encuentre acostado.

Estimular la rotación de su cabeza hablándole, haciendo sonidos o cambiando la posición de la cuna respecto a tu cama.

Para dormir, boca arriba; para jugar, boca abajo, y el resto del día, en brazos.

Si el bebé no mejora o empeora, o solamente mira hacia un lado, tienes que consultar al pediatra. El tratamiento será individualizado, aunque en muchas ocasiones bastará con intensificar las medidas anteriores junto con rehabilitación y fisioterapia, además de tratar la tortícolis si la hubiera. En otros casos, será necesario recurrir al casco ortopédico o, de manera muy excepcional, a la cirugía.

¿Y cojín para la plagiocefalia? Como preventivo no se recomienda, así que no es algo que debas tener en casa para tu bebé. En todo caso, será el pediatra o fisioterapeuta quien lo aconsejará cuando exista una deformidad.





HIGIENE Y CUIDADOS DEL BEBÉ

El baño



Esperar al primer baño pasadas las 24-48 horas tras el nacimiento, para permitir que se absorba la capa grasa protectora con la que nace el bebé.

La frecuencia dependerá del bebé y de tu organización, pues no hay consenso al respecto.

Antes del baño:

Preparar todo lo necesario y tenerlo a mano (pañal, toalla, pijamita).

Atemperar la habitación, con temperatura cálida (22-24 °C).

Llenar bañerita (suficiente con 10-20 cm) con agua templada (35-37 °C) y comprobar antes de introducir al bebé.

Durante el baño:
Corta duración.
Usar jabones suaves específicos para bebés, con pH neutro y sin perfumes o *syndet* (jabones sin jabón).
Frotar directamente con la mano, evitando esponjas, ya que pueden irritar la piel y acumular gérmenes.
Después del baño:
Secar a toquecitos, sin frotar, con especial atención a los pliegues y al cordón.
No es indispensable aplicar crema o aceite hidratante, pero resulta útil para la higiene del sueño, la relación afectiva y la prevención de la piel atópica.

Se puede bañar al bebé aunque no se le haya caído el cordón. Que sea un baño corto y después haya un buen secado.

Zona del pañal

Cambiar el pañal frecuentemente, en cuanto se ensucie o humedezca.
Dejar al bebé con el culete al aire unos minutos siempre que sea posible.
Realizar la higiene:
Lavar con agua templada y jabón suave sin esponja o, en su caso, con esponjas jabonosas desechables o gasas suaves.
En niñas, limpiar desde los genitales hasta el ano, de delante atrás.
Secar muy bien, a toquecitos, con una toalla, prestando atención a los pliegues.
Limitar el uso de toallitas a momentos puntuales fuera de casa y que sean sin perfumes ni químicos.
Aplicar crema protectora rutinariamente no es necesario si la piel está sana, aunque es aconsejable si la piel del bebé se irrita con frecuencia o empieza a inflamarse.
Utilizar pañales transpirables y de la talla correcta.

Dermatitis del pañal: inflamación de la piel que queda cubierta por el pañal (piel delicada, no ventilada y en contacto con orina y heces, que actúan como irritantes). La piel estará enrojecida e incluso habrá erosiones y heridas. Suelen ser únicamente irritativas, aunque en ocasiones puede haber una sobreinfección.

Tanto para la prevención como para el tratamiento, es importante seguir los consejos anteriores a fin de reducir la humedad y el contacto con irritantes. En cuanto la piel empiece a irritarse, habrá que aplicar cremas barrera (pasta al agua); las que tienen zinc aíslan, protegen y regeneran la piel. Los polvos de talco están desaconsejados. En caso de no

mejorar o empeorar, acude al pediatra para que valore si el bebé precisa una crema con medicación, en función de la intensidad o de la causa.

Lo más importante para prevenir la dermatitis del pañal y tratarla es mantener la piel lo más limpia y seca posible, así como cambiar frecuentemente el pañal.

Cordón umbilical

Se debe realizar una higiene diaria desde el nacimiento y hasta unos días después de su caída para facilitar la cicatrización y evitar infecciones:

Lavarse las manos.

Limpiar con agua tibia y jabón suave, sin miedo a moverlo, ¡no duele!

Secar minuciosamente, a toquecitos, con una gasa o toalla.

Dejar aireado. Se puede dejar por fuera del pañal para que se mantenga seco.

Hoy en día ya no se recomienda usar rutinariamente antisépticos, como alcohol o clorhexidina, pues no son más eficaces para la higiene y pueden retrasar la caída del cordón. Tampoco es necesario poner gasas enrolladas alrededor de este.

Debes consultar ante la presencia de los siguientes **signos**:

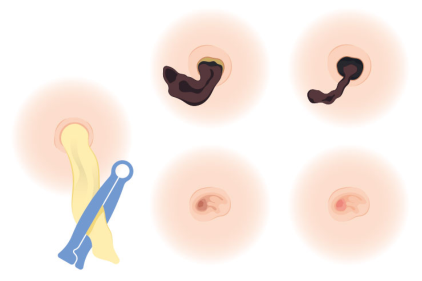
Inflamación de la piel que rodea el ombligo (roja y caliente).

Supuración.

Mal olor.

Sangrado abundante y persistente.

¡Cordón y culete bien limpios y secos!



Otros

Uñas: limarlas suavemente los primeros días, pues son muy blandas y están adheridas a la piel. Con el paso de las semanas, se pueden utilizar tijeras de punta roma. Hay que tener cuidado y cortar la uña recta, no redondeada, así como limar los picos.

Seguro que notas que las uñas le crecen rápido: hay que estar pendiente de ellas y cortárselas con frecuencia, pues el bebé se araña con mucha

facilidad. Aprovecha cuando esté relajado o, mejor, mientras duerma.

¿Sabías que el tacto y el olfato son los sentidos que el bebé tiene más desarrollados? No es aconsejable usar manoplas y colonias, pues limitan su conocimiento del entorno.

Oídos: limpiar con una gasa o toalla aquella cera que haya salido al pabellón auditivo (por fuera), pero en ningún caso se deben introducir bastoncillos en el conducto, pues hay riesgo de lesiones. Además, la función de la cera es proteger los oídos de infecciones y de la entrada de partículas.

Nariz: realizar lavados nasales si hay mucosidad evidente y molesta, pero no emplear aspiradores nasales. Recuerda que los ruiditos al respirar son normales.

Ojos: retirar las legañas con una gasa estéril humedecida con suero fisiológico. En caso de ojo rojo con secreción purulenta, hay que consultar por si se trata de una conjuntivitis. Si hay lagrimeo constante, probablemente se deba a la obstrucción del conducto lagrimal.

Boca: no limpiar los restos de leche de las encías. La higiene bucodental se iniciará con la salida del primer diente.

Candidiasis oral o muguet: infección por hongos benigna muy frecuente en lactantes. Consiste en la presencia de unas membranas blanquecinas en el interior de la boca (lengua, paladar y cara interna de las mejillas). Pueden diferenciarse de los restos de leche porque, al intentar retirarlas, no desaparecen. Causan molestias leves, reducción de la ingesta y aumento de la salivación. A veces, la candidiasis está asociada con una dermatitis del pañal o una infección del pezón de la madre lactante.

El tratamiento lo recetará el pediatra y consistirá en la aplicación de una pomada o la toma de un jarabe durante una semana o hasta que se cure la infección y desaparezcan los síntomas. Además, debe realizarse una higiene intensiva (o recambio) de tetinas y tratar a la madre en caso de bebés amamantados.

Pelo: utilizar un cepillo suave para peinar al bebé. ¿Si se le corta el pelo le crecerá más fuerte? La cantidad y las características del pelo dependen de la genética, no del corte. Cuando se le rapa la cabeza al bebé, al volver a crecer el pelo da la falsa sensación de que ha

aumentado su grosor, pero en realidad sus características no se ven afectadas. Por tanto, córtale el pelo cuando lo consideres y por estética.

EN EL DÍA A DÍA

Pasear diariamente es recomendable y positivo, tanto para el bebé como para la madre. Puedes salir desde el primer día, cuando tengas ganas, por zonas tranquilas y sin aglomeraciones, siempre que el tiempo acompañe y haya una temperatura agradable.

Para los paseos, puedes optar por el carrito o por el porteo.

EL PORTEO

El **porteo** es un método de transporte en el que el bebé está en contacto constante con el adulto que lo lleva y tiene muchos beneficios para ambos. Debe realizarse de **forma segura y ergonómica**. Para ello, hay que respetar la postura natural del bebé y del adulto que lo lleva, además de repartir el peso de manera homogénea y cómoda.

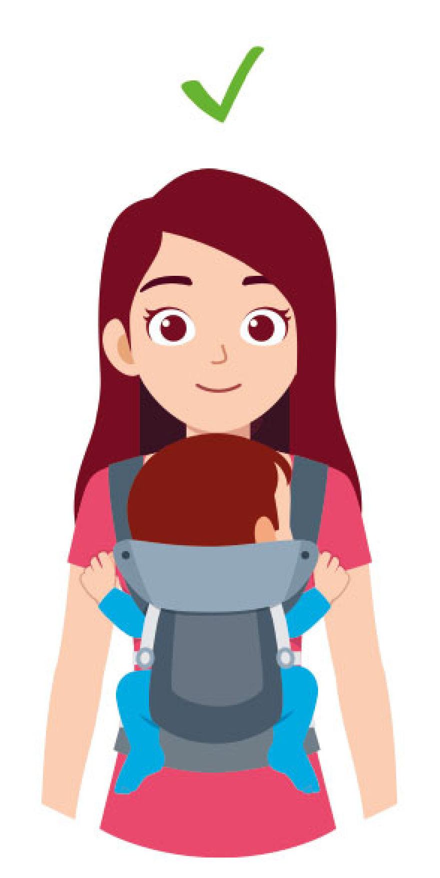


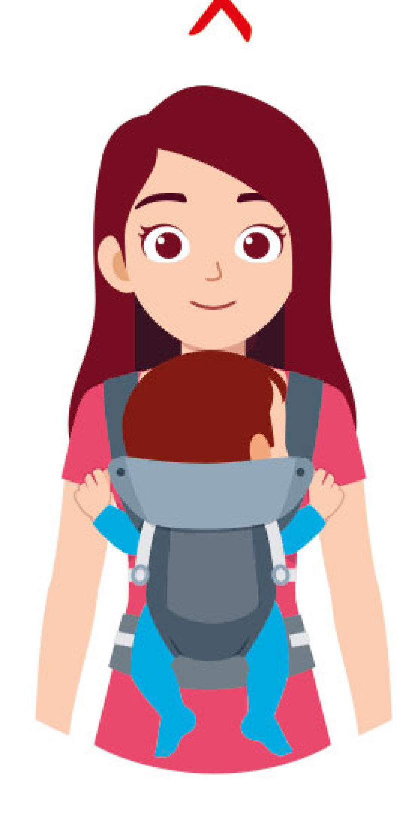


Fomenta el vínculo afectivo.
Aumenta el bienestar físico y emocional: mayor seguridad, tranquilidad y disminución del llanto.
Promueve el sueño.
Favorece la lactancia materna.
Previene deformidades craneales.
Optimiza el desarrollo del sistema nervioso.
Mejora la digestión: disminuye el reflujo y los cólicos.



Facilita la movilidad y autonomía.
Reduce el riesgo de depresión posparto y favorece la autoestima.
Contribuye a la higiene postural.
Es cómodo, no produce dolor.





Algunas recomendaciones:

Sitúa al bebé mirando hacia el cuerpo del adulto, no hacia delante, a la altura de un beso.

Respeta su posición fisiológica y favorece un desarrollo adecuado:

De espalda: queda flexionada en forma de C en el recién nacido.

De caderas: forman una M, las rodillas quedan más altas que las nalgas (posición de ranita).

Mantén su cara visible, con las **vías respiratorias despejadas**.

Vístelo con ropa cómoda y holgada.

Utiliza un fular o una mochila adecuada, cuya elección dependerá de la edad y el peso del bebé, y también del uso que se le vaya a dar:

Se adapta al crecimiento del bebé.

Proporciona una buena sujeción, con tensión y ajuste correctos.

Ofrece un soporte adecuado de la cabeza en menores de 3 meses y bebés dormidos.

¿Cuándo puede pasarse al bebé del capazo a la silla de paseo? El cambio podrá hacerse cuando el bebé se mantenga sentado, solo o con un mínimo apoyo, y tenga un buen control de su cabecita y su espalda (habitualmente, entre los 5-7 meses).

Como recomendaciones generales cuando salgáis a la calle, hay que recordar:

No exponerlo directamente al sol. Tampoco se recomienda el uso de fotoprotectores antes de los 6 meses.

Vestirlo con ropa cómoda que permita su movimiento, fabricada con tejidos naturales y sin cordones, cremalleras ni botones.

No cubras el cochecito con telas, por muy finitas que sean, porque impide la circulación del aire y aumenta enseguida la temperatura del interior, lo cual es peligroso para el bebé.

¿TENDRÁ FRÍO?

Las primeras 24-48 horas de vida, el bebé pierde calor rápidamente, por lo que al nacer se le pone un gorrito y se lo tapa mientras se realiza el contacto piel con piel. Una vez pasadas las primeras horas de vida, regulará mejor la temperatura y no será necesario ni recomendable abrigarlo en exceso. El bebé tiene la misma sensación de frío-calor que un adulto; con que lleve una capa de ropa más que tú será suficiente.

Guíate por tu sensación térmica: si tienes calor, tu bebé también.

Sus manitas y sus pies suelen estar fríos, por lo que tocarlos no será útil para saber si tiene frío o calor. Para tener una referencia, toca su pecho o espalda.

Recuerda: ¡ni manoplas ni zapatos!

CONSULTA CUANDO…

Antes de acabar este capítulo, voy a resumir los motivos por los cuales deberás acudir al pediatra:

Fiebre antes de los 3 meses (sin vacunación reciente).
Ganancia de peso inferior a lo esperado.
Tos persistente, dificultad respiratoria o pausas respiratorias.
Vómitos frecuentes y repetidos, proyectivos, verdes.
Ausencia de apetito/rechaza la comida.
Signos de deshidratación:
Mucosas secas (sin saliva).
Micciones escasas (menos de 6) y concentradas a partir del cuarto día de vida.
Deposiciones anormales:
Meconio a partir del cuarto día de vida.
Poco frecuentes antes del mes de vida.
Heces blancas, negras o con sangre.
Heces duras y secas, con dolor.
Mucosidad persistente.
Infección del cordón umbilical:
Mal olor.
Enrojecimiento.
Supuración.
Sangrado excesivo.
Malestar general:
Decaimiento o adormilamiento.
Irritación, llanto intenso y persistente que no se calma.

Piel muy amarilla, pálida o grisácea.
Caída desde altura.
Convulsiones.



La llegada de un bebé es una auténtica revolución en todos los sentidos y, hasta que no se vive en primera persona, es difícil de comprender, por mucho que te cuenten. Por ello, aprovecho para reflexionar acerca de lo que me gustaría haber sabido hace tres años, antes de la llegada de mi primera hija. Y ahora, que escribo estas palabras embarazada de mi segundo bebé, el saber qué esperar seguro que me hará vivir los inicios de otro modo.
No se habla apenas del **posparto**, de que es probable que, si eres madre, te encuentres como en una montaña rusa, con una mezcla de sentimientos que te costará entender y aún más explicar. No se habla de que, a pesar de tener al bebé recién nacido en brazos, y con la expectativa de una inmensa felicidad, en ocasiones te sentirás triste y llorarás. Es probable que estés cansada y dolorida, y que te sientas perdida y asustada. Que, al mirarte en el espejo, no te reconozcas. Así es el posparto que la inmensa mayoría de las mujeres experimentan, aunque cada una con sus tiempos. Si te sientes así, ten paciencia. Debes buscar el apoyo y acompañamiento de tu círculo de

confianza. Céntrate en tu cuidado y en el cuidado del bebé. Poco a poco, todo irá mejorando. Y, si sientes una tristeza intensa o ansiedad que no mejora, pide ayuda.

Te recomiendo que sigas estos consejos:

- Trata de descansar y de recuperarte.
- Hidrátate y nútrete.
- Limita las visitas, si así lo deseas.
- Busca ayuda en casa si es necesario; por ejemplo, para limpiar, preparar comidas o cuidar a los hermanos mayores.
- Sal a la calle y respira aire fresco.
- Practica alguna actividad física a medida que te recuperes.
- No te compares.
- Déjate cuidar y mimar.
- Rodéate de personas que sumen, que sean comprensivas, que aporten y que ofrezcan su apoyo.
- Sigue el instinto y exprime cada momento.

Tras el nacimiento del bebé, se entiende lo que supone **la maternidad y la paternidad reales**. Es algo bonito y gratificante, lo más maravilloso que puede vivirse. Qué voy a decir, ¡si mi hija lo es todo para mí! Pero no podemos negar que también es duro, extenuante y sacrificado. Puedes reconocer abiertamente que sientes cansancio o agotamiento; una cosa no quita la otra.

En consulta, los pacientes me transmiten que se pasan el día sosteniendo al bebé en brazos, ya que la cuna y el carro parecen tener pinchos, sin poder dormir, sin un respiro para cubrir las necesidades propias: «¡No me puedo ni duchar!», «Tengo la casa patas arriba desde hace una semana». Los días pasan y piensas: «¡No he hecho nada de provecho hoy!». Te entiendo, eso mismo he pensado yo cuando estaba en tu lugar, y lo sigo pensando hoy en día. Con la llegada del bebé, vas olvidando tus necesidades para atender las de tu criatura. No te preocupes, estás haciendo lo único que debes hacer en este momento. Y es normal no llegar a todo. Las prioridades cambian en cada etapa. Si te sirve de ayuda, poco a poco el tiempo irá encauzándolo todo: volverás a descansar y a dedicarte unos minutos al día, aunque ya no vuelvas a tu yo de antes. Te aconsejo **buscar una tribu** con quien te sientas libre para hablar de tus sentimientos, que te proporcionen comprensión y donde puedas compartir consejos. Maternar en soledad es muy duro.

La relación de **pareja**, en caso de tenerla, cambia. Cada uno tiene que buscar su papel en esta nueva realidad, y no es fácil. Hay que tratar de entenderse, comprenderse, hablar y buscar momentos, aunque las primeras semanas y meses cuesten. El papel de la pareja es imprescindible, más todavía incluso cuando hay lactancia materna, porque aunque no sea su papel amamantar al bebé («si toma el pecho, poco puedo hacer yo»), también tiene muchas funciones importantes. Ha de informarse sobre qué esperar, escuchar a la madre y comprender su estado físico y emocional, apoyar las decisiones

tomadas y proporcionar seguridad, hacer de relevo para que descanse… Sí, la pareja cumple un papel muy importante.

Además, a esto se suma la gran cantidad de **opiniones y juicios** externos que, sin pedirlos, recibirás sobre todas las decisiones de crianza que tomes, ahora y siempre: si se le da pecho o biberón al bebé, si se hace colecho o el bebé duerme en cuna, si se le da comida triturada o con trocitos… Es bueno que te informes y que, si lo necesitas, no dudes en pedir ayuda a personas que te acompañen en esta aventura, pero siempre con respeto y sin juicios.

Confía en ti, en tu intuición. Vas a hacerlo fenomenal. Y, si te equivocas, que todos lo hacemos, no pasa nada. De todo se aprende.

Te estás embarcando en una aventura intensa a la par que alucinante. Con el nacimiento de un bebé, también nace un amor que se multiplica cada día. **Ser madre o padre es maravilloso**, es amar incondicionalmente, sin medida, a pesar de lo cansado, exigente y extenuante que es. Es la ambivalencia de este proceso. Que sea bonito no significa que sea fácil, pues habrá baches, lágrimas y preocupaciones. Y es probable que, en muchas ocasiones, cuando el agotamiento haga acto de presencia, sueñes con el mañana: ¿cuándo espaciará las tomas?, ¿cuándo dejará de querer estar siempre en brazos?, ¿cuándo dormirá del tirón?

Algunos días parecerán muy lentos, pero, sin que te des cuenta, los meses habrán pasado volando. El tiempo va a toda velocidad y no se puede detener ni controlar. El bebé crecerá en un abrir y cerrar de ojos. Es verdad, todo pasa. Llegará el momento en el que tu bebé no requiera de tus brazos, ni de tu pecho, que no te necesite a su lado para dormir. Olvidarás las ojeras que han formado parte de ti varios años, volverás a tener tiempo para salir a cenar, te mirarás al espejo y te reconocerás… Ese día llegará y mirarás atrás con nostalgia. Con mucha nostalgia, pues solo se es niño una vez.

Por ello, disfruta del ahora y aprovéchalo, vive cada momento, pues es único y especial, con sus luces y sus sombras. Exprime cada página de tu historia con tu bebé y saboréala. No volverá. Que luego no te arrepientas de no haberlo disfrutado, abrazado y acurrucado lo suficiente.

2. LACTANCIA El primer alimento del bebé

Cómo alimentar al bebé los primeros meses de vida suele ser una de las decisiones que se toman durante el embarazo, y en esta elección hay muchos factores que pueden influir.

A lo largo de estas páginas, trato de ayudarte para que tomes decisiones informadas y, por ello, mi papel como pediatra es decirte que el mejor alimento para el bebé es la leche materna por sus numerosos beneficios. De hecho, es la intervención sanitaria que consigue mayores beneficios sobre la salud con menores costes. Por este motivo, es importante promoverla y protegerla. No obstante, el principal motivo de amamantar al bebé es porque el corazón pide vivirlo, sentirlo.

Es posible que, a pesar de toda la información, la madre elija no amamantar, decisión totalmente lícita que debe respetarse y apoyarse, pues el tipo de lactancia no la define ni a ella ni a la familia. Lo que necesita el bebé es una familia confiada y segura con sus decisiones de crianza. También estará bien optar por una lactancia mixta y no supondrá un fracaso no haber dado leche materna al bebé durante un tiempo determinado. El papel del entorno es apoyar y acompañar en cualquier circunstancia y ante cualquier decisión.

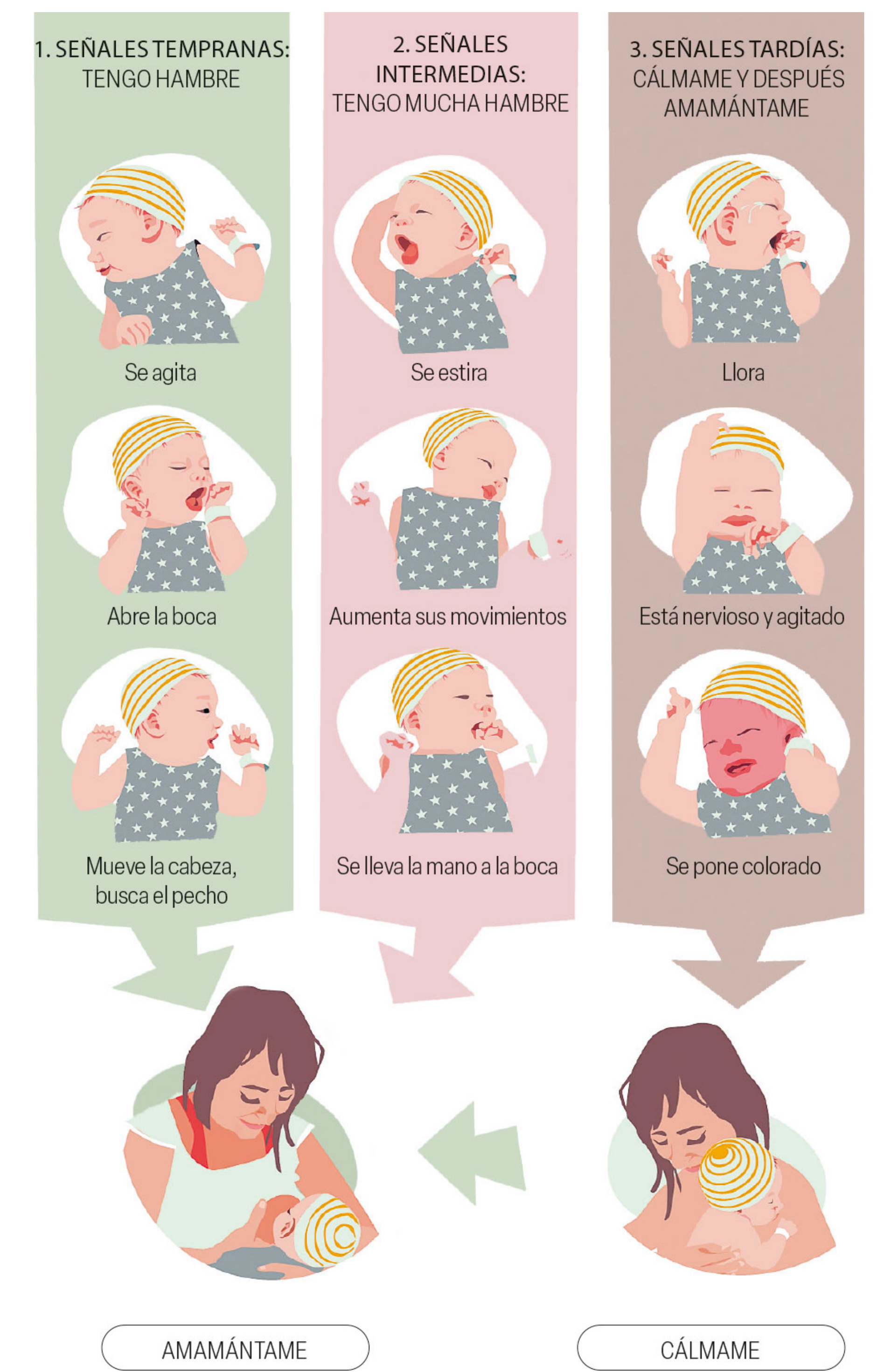
Antes de empezar, cabe recordar que la **lactancia** (tanto materna como artificial) ha de ser:

- **EXCLUSIVA HASTA LOS 6 MESES:** el único alimento que debe tomar el bebé es leche, no otros líquidos (agua, infusiones, zumos…) ni alimentos.

  La Organización Mundial de la Salud recomienda lactancia materna exclusiva los primeros 6 meses y, a partir de esta edad, puede mantenerse, acompañada de otros alimentos, hasta los 2 años o más, siempre y cuando el bebé quiera.

- **A DEMANDA EN FRECUENCIA Y CANTIDAD.** El bebé se alimentará cuando y cuanto quiera, en función de su apetito. Y ahora te preguntarás: ¿cómo sé que tiene hambre?, ¿cómo sé que ha comido lo suficiente? A continuación te dejo algunos indicios para saberlo:
  - **Señales de hambre**: lo ideal es ofrecer la toma cuando aparezcan las señales tempranas o intermedias. El llanto es un signo tardío, que precisará ser calmado antes de ofrecer la toma, y probablemente alimentar al bebé en este momento sea más difícil.
  - **Señales de saciedad**: sabrás que el bebé ya no tiene hambre cuando cambie el ritmo de succión, se relaje e incluso se duerma. Se separará del pecho o del biberón espontáneamente y lo ignorará. Si se le ofrece de nuevo la toma, cerrará la boca y se alejará. Este es el momento de dejar de ofrecerle leche y esperar a que vuelva a tener apetito.

SEÑALES DE HAMBRE


1. SEÑALES TEMPRANAS:
TENGO HAMBRE
Se agita
Abre la boca
Mueve la cabeza,
busca el pecho
2. SEÑALES
INTERMEDIAS:
TENGO MUCHA HAMBRE
Se estira
Aumenta sus movimientos
Se lleva la mano a la boca
3. SEÑALES TARDÍAS:
CÁLMAME Y DESPUÉS
AMAMÁNTAME
Llora
Está nervioso y agitado
Se pone colorado
AMAMÁNTAME
CÁLMAME

Cómo prepararse de la mejor manera

Parece innecesario dedicar un apartado a prepararse para algo que es fisiológico ¿verdad? Pues bien, los datos revelan que, del 90 % de las gestantes que expresan su voluntad de amamantar, solamente alrededor de un 70 % de ellas seguirán amamantando al mes de vida, un 50 % a los 3 meses y menos de un 30 % a los 6 meses. Por tanto, algo falla:

FALTA DE APOYO FAMILIAR, SOCIAL, SANITARIO Y LABORAL: existen muchos mitos y falsas creencias que hacen que se dude acerca de la capacidad natural para amamantar. Suele culparse por todo a la lactancia: «El bebé no duerme bien por darle pecho», «Tiene *mamitis* por la teta», etc., y se invita activa y pasivamente a que la madre deje la lactancia materna y vaya por la vía supuestamente más fácil (por desconocimiento, desde luego). Y aquí lanzo una piedra sobre mi propio tejado, pues los conocimientos sobre lactancia suelen ser escasos entre muchos profesionales de la salud; de hecho, se llevan a cabo prácticas inadecuadas e incluso se dan consejos que ponen en riesgo la lactancia o provocan su abandono.

EXPECTATIVAS: se piensa que la lactancia es fácil y va rodada, pero no siempre es así. Con esto no pretendo desalentar a nadie, ni mucho menos; al contrario, quiero que se entienda que es normal que haya días buenos y otros no tanto. Los inicios pueden ser duros, la lactancia requiere sacrificio y constancia, y es probable que surjan dudas y dificultades que precisen de un asesoramiento adecuado. Paciencia, en pocos días el cuerpo se irá adaptando, la lactancia irá siendo más fácil e incluso se vivirá esta experiencia con una gran satisfacción.

FALTA DE CULTURA DE LACTANCIA: las mujeres que lactamos hoy en día, al contrario de lo que sucedía en generaciones anteriores, no solemos tener referentes cercanos de quien aprender, pues no hemos visto a otras madres de nuestro entorno hacerlo.

La lactancia materna es una conducta instintiva para el bebé, pero requiere aprendizaje y práctica para la mamá.

DIFICULTAD DE CONCILIACIÓN LABORAL Y FAMILIAR: la Organización Mundial de la Salud recomienda la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, y no le falta razón, pero en el contexto social y laboral de hoy en día seguir esta recomendación es casi una utopía.

MIS CONSEJOS

Confianza: «Daré pecho, si es que puedo» es la frase que más oigo cuando las futuras madres me hablan de su deseo de amamantar. Mamá, claro que puedes, no lo dudes.

Información: durante el embarazo, la mujer se prepara para el parto, pero no para la lactancia. Se cree que amamantar es cuestión de

suerte y que no depende de una. No es así, aunque nadie puede asegurar una lactancia satisfactoria, la información es poder. Hay que informarse antes del nacimiento, leer y desmentir mitos… Y no solo la madre, sino también la pareja, si la hay, pues será la compañía en este camino y un pilar fundamental.



Apoyo: es imprescindible, durante la crianza y la lactancia, contar con el apoyo de pareja, familia, amistades, expertos en lactancia, sociedad. Muchos abandonos se producen por dudas y dificultades que probablemente se habrían solucionado con un buen apoyo.

Grupos de crianza y lactancia: es esencial la compañía de otras madres que amamanten y tengan experiencia en crianza y lactancia (una tribu) para aprender de ellas, así como para compartir sentimientos e inquietudes en un entorno seguro.

El cuerpo de la madre se va preparando durante el embarazo de forma natural: el tejido mamario aumenta, el color y tamaño del pezón y areola cambia… No hay que hacer callo ni endurecer el pezón. ¡Lo único que hay que hacer es preparar la mente!

¿Por qué elegir la lactancia materna?

Los beneficios de la lactancia materna tanto para la madre como para el bebé son indiscutibles, la mayoría relacionados directamente con su duración: **cuanta más duración de amamantamiento, más beneficios a corto y largo plazo**.



Fomenta el vínculo.
Favorece la recuperación física tras el parto.
Funciona como anticonceptivo.
Reduce riesgo de:
Cáncer de mama y ovario.
Enfermedades cardiovasculares, artritis, esclerosis múltiple…
Fracturas óseas y osteoporosis en la menopausia.
Proporciona bienestar emocional:
Mayor autoestima, seguridad y empoderamiento.
Menor incidencia de estrés y depresión posparto.



Fomenta el vínculo.
Previene la muerte súbita del lactante.
Disminuye la incidencia, duración y gravedad de infecciones.
Favorece la digestión.
Mejora el desarrollo:
Orofacial y dental.
Psicomotor y psicosocial.
Emocional e intelectual.

Visual.

Reduce el riesgo de diabetes, hipertensión, cifras altas de colesterol, sobrepeso y obesidad, alergias, celiaquía, enfermedades autoinmunes, caries…

Protege frente a algunos cánceres (leucemias y linfomas).

Disminuye la incidencia de maltrato infantil.

Mejora la relación con los padres en la adolescencia.

Autorregula la ingesta, mejora la aceptación de los sabores en etapas posteriores.

OTROS

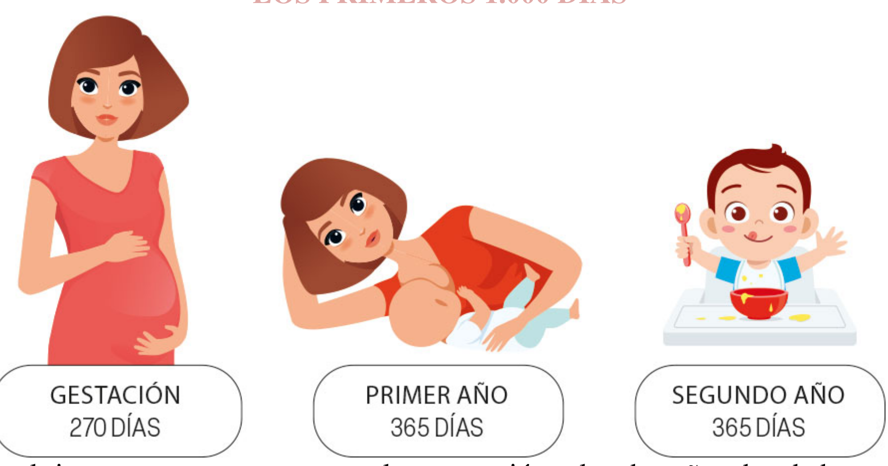
Protege el medioambiente: no contamina ni genera residuos.

Siempre está disponible.

Es gratuita.

Reduce el gasto de recursos médicos.

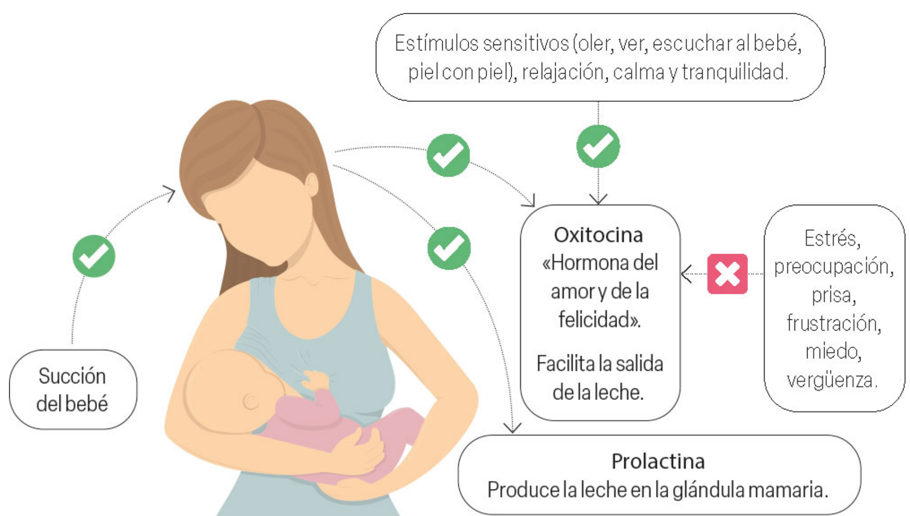
LOS PRIMEROS 1.000 DÍAS



Es el tiempo que transcurre entre la concepción y los dos años de edad, en el que se lleva a cabo una *programación* del organismo por la influencia de una serie de factores externos. Es un periodo crucial, ya que la exposición temprana a estos factores, entre ellos la alimentación, produce unas modificaciones en el bebé que influirán sobre su salud en etapas posteriores: se logra un mejor desarrollo y se previenen enfermedades a corto y largo plazo (obesidad, diabetes, hipertensión, cáncer…).

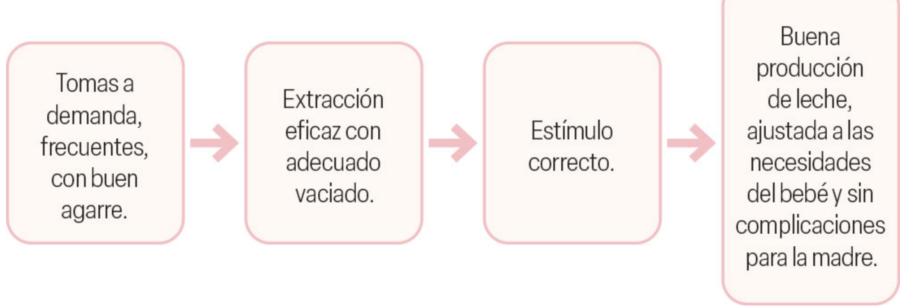
Pero… ¿cómo funciona la lactancia?

Para establecer la lactancia materna y mantenerla, se requieren dos hormonas que se producen en el cerebro gracias a la succión del pecho por parte del bebé:



Por la noche hay un pico de prolactina, motivo por el cual las tomas nocturnas son tan importantes principalmente durante las primeras semanas.

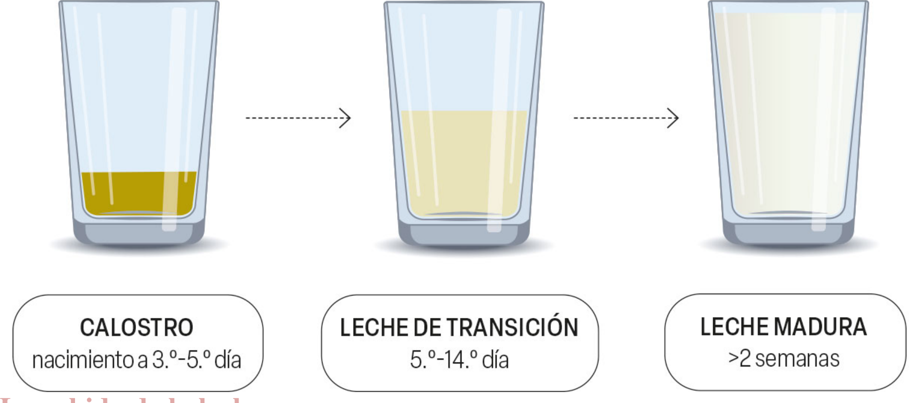
Además, también interviene el **factor inhibidor de la lactancia (FIL)**, una proteína que se encuentra en la propia leche y regula la producción láctea: cuando el bebé mama, *extrae* el FIL y su concentración disminuye, por lo que el cerebro de la madre recibe una señal para producir más leche. Y, al contrario, si el bebé no mama, se limitan sus tomas o los horarios son muy estrictos, el FIL se mantiene y el cerebro entiende que hay suficiente leche, por lo que no produce más.



Composición y evolución de la leche

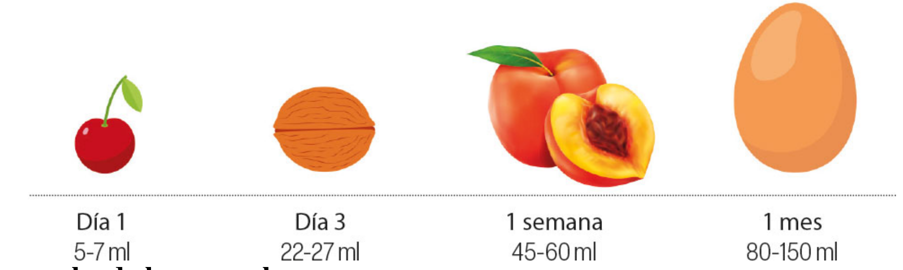
La leche materna es un alimento compuesto por millones de células vivas que, además de tener todos los nutrientes necesarios para el crecimiento y desarrollo del bebé, ayuda a prevenir enfermedades. Es un líquido **vivo y dinámico**, pues se adapta a cada etapa y a las necesidades cambiantes del lactante (en función de su edad gestacional, su edad, su estado de salud, el momento del día y el momento de la toma…).

EVOLUCIÓN DE LA LECHE



La subida de la leche

La leche de los primeros días, que ya se produce durante el embarazo, se llama ***calostro***. También se la conoce como *oro líquido*, pues es amarilla y densa, y, aunque se genere en poca cantidad, posee una gran concentración de calorías, proteínas, nutrientes, vitaminas, factores de crecimiento, sustancias antimicrobianas y células inmunes. Por ello, se la considera la primera vacuna del bebé, un tesoro que fortalecerá su sistema inmunitario. El calostro es suficiente para cubrir las necesidades de alimentación del recién nacido los primeros días, acorde con la capacidad de su pequeño estómago:



La noche de las vacas locas

Transcurridas las primeras horas desde el nacimiento, en las que el bebé se encuentra despierto y alerta para lograr el primer agarre, pasará a descansar y pensarás «¡Qué noche más tranquila!». Sin embargo, la segunda noche todo cambia: llanto, irritabilidad, peleas con el pecho, tomas continuas… Al sentir desesperación y preocupación, quizá se te pase por la cabeza pedir una ayudita de fórmula, o es posible que te la ofrezcan. Pero hay que confiar, pues una madre tiene alimento suficiente para su bebé. El estímulo frecuente del pecho favorecerá la subida de leche durante las siguientes horas.

Tras el alumbramiento de la placenta, y gracias a la succión y al estímulo frecuente del bebé, entre los **2-5 días de vida** se producirá la **subida de la leche**. Las mamas se vuelven más duras, tensas y calientes. Puede ser molesto, y en ocasiones doloroso, pero se aliviará en 2-3 días con el vaciado frecuente del pecho. Hay que tener en cuenta que hay mujeres que no llegan a experimentar esta sensación tan brusca, sino que el proceso es más gradual. Por otra parte, es necesario diferenciar entre la subida fisiológica de la leche y

una ingurgitación patológica.

«¿OTRA VEZ TETA? LA USA DE CHUPETE»

Pero ¿qué se inventó primero, la teta o el chupete? Para el bebé, succionar es algo innato, sobre todo los primeros meses de vida. La succión no solamente le sirve para alimentarse (succión nutritiva), sino que cubre gran parte de sus necesidades básicas: lo calma, lo reconforta, le da seguridad, le aporta bienestar y consuelo, facilita su descanso, etc. Es la succión afectiva.

Seguro que ahora ya entiendes por qué un bebé amamantado pasa tanto tiempo al pecho. Por ello, los bebés no amamantados o sin disponibilidad del pecho materno requieren de otros métodos para cubrir sus necesidades básicas: es entonces cuando aparece el chupete.

El bebé no te utiliza de chupete, te usa de mamá. En todo caso, es el chupete el que sustituye al pecho materno.

Claves para una lactancia satisfactoria

Inicio precoz

Tal y como he explicado en el primer capítulo, el **contacto piel con piel** inmediato tras el parto tiene muchos beneficios, entre ellos el primer agarre al pecho gracias a los reflejos primitivos del bebé y que suele suceder **10-60 minutos tras el nacimiento**. El hecho de que el bebé consiga este primer agarre espontáneamente genera memoria en él, y la evidencia dice que la lactancia será mejor y durará más tiempo; por este motivo, hay que posponer siempre que se pueda la separación entre la madre y el bebé durante las primeras horas.

Después, es importante mantener un **ambiente tranquilo y relajado**, favorecer el contacto piel con piel y el descanso materno entre las tomas.

Tomas frecuentes a demanda

Cuanto más estímulo, más producción.

La lactancia materna es a demanda. Esto supone dar de mamar **cuando** y **cuanto** el bebé quiera, sin importar el tiempo transcurrido desde la última toma (¡aunque hayan pasado 15 minutos!) y sin limitar su duración (hay que permitirle soltarse espontáneamente). Se le debe ofrecer el pecho al bebé cuando muestre señales de hambre, sin esperar a que llore. Al principio, las tomas serán frecuentes, irregulares y largas. Su estómago es pequeñito e inmaduro y la leche se digiere rápidamente. Poco a poco, las tomas se irán espaciando y serán más rápidas, pues el bebé se habrá convertido en un experto en mamar.

¿Cómo saber qué pecho toca? ¡Hay que tocarse los pechos! Se debe ofrecer primero el pecho más lleno. La sensación de pecho cargado será muy evidente durante las primeras semanas, en las que hay un exceso de producción láctea. Sin embargo, con el paso de las semanas, la producción se regulará y adaptará a las necesidades del bebé, por lo que esta sensación desaparecerá. En este caso, se puede ofrecer el que se prefiera.

¿Un pecho o dos? Hay que permitir al bebé que acabe con un pecho, que lo vacíe y que se suelte por sí mismo. Luego, se le puede ofrecer el otro; si no lo

quiere, será el pecho por el que se empezará en la siguiente toma. Algunos bebés tienen suficiente con un pecho las primeras semanas, mientras que otros toman de los dos. E incluso hay bebés que son alimentados únicamente con un pecho. ¿Sabías que cada pecho se autorregula de manera independiente? No hay normas ni obligaciones al respecto.

El pecho no es un almacén, es una fábrica. La expresión vaciar el pecho, que utilizaré en varias ocasiones, la uso para referirme a que debe ser el bebé el que se retire del pecho por sí mismo, de modo que la madre note el pecho más blando.

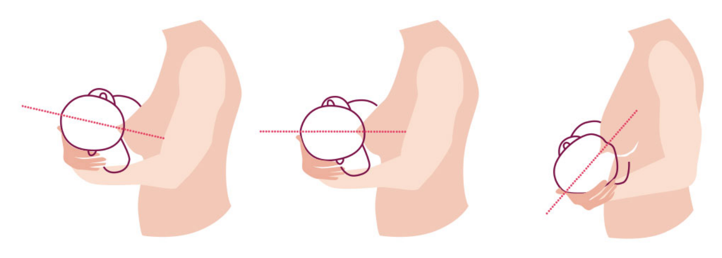
Atención: los primeros días, la lactancia es a oferta. Después de las primeras horas de alerta tras el nacimiento, el bebé entra en una fase de letargo y puede estar mucho tiempo adormilado, motivo por el cual hay que prestar especial atención a que no pase grandes periodos sin mamar. Por ello, los primeros días, hasta que se confirme que el bebé se está alimentando adecuadamente, se le debe ofrecer como **mínimo 8-12 tomas al día**. Si el bebé no se despierta o las tomas son muy breves y superficiales, habrá que estimularlo (quitarle ropita, cambiarle el pañal, presionar su espalda y sus pies…). Incluso es posible que, sobre todo al principio, la madre sienta la necesidad de darle de mamar para aliviar las molestias de la congestión del pecho: en la lactancia, la dependencia mamá-bebé es mutua.

Una buena técnica

Como he dicho al principio, no se nace sabiendo amamantar, hay que aprender y practicar. Las dificultades más habituales en el inicio de la lactancia están relacionadas con la técnica, por lo que es importante conocer estos conceptos por si surgen dificultades. Al principio, faltarán manos, pero poco a poco saldrá de manera natural.

POSTURA O COLOCACIÓN DE LA MADRE PARA DAR EL PECHO: la madre debe estar cómoda antes de ponerse al bebé al pecho, bien sentada, bien tumbada. Ha de apoyar la espalda y relajarse, y se puede colocar al bebé sobre alguna superficie (por ejemplo, un cojín) para que su peso no recaiga sobre el cuerpo materno.

POSICIÓN O COLOCACIÓN DEL BEBÉ PARA MAMAR: el bebé ha de estar muy pegadito a la madre, con el cuerpo alineado (oreja, hombro y cadera formando una línea recta) y su carita mirando el pecho, a la altura del pezón. Los pechos no son iguales, por lo que la posición dependerá de sus características, y no siempre será *barriga con barriga*, como suele decirse. En la posición de cuna, su cabecita estará apoyada sobre el antebrazo de la madre (no sobre el codo) y a la altura del pecho (alineada con el eje del pecho y el pezón).



© Eider Eibar Zugazabeitia, © Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y © Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Osteba

Existen muchas posturas y posiciones para amamantar. La elección dependerá de las preferencias, las características del pecho, las circunstancias o el lugar de amamantamiento. También puede recomendarse una determinada para vaciar alguna zona específica del pecho.

AGARRE O COLOCACIÓN DE LA BOCA DEL BEBÉ PARA ENGANCHARSE AL PECHO: un mal agarre puede producir dolor y complicaciones, disminución de la producción de leche por un inadecuado vaciamiento, y por tanto escasa ganancia de peso. Dar pecho no debe doler, por lo que hay que buscar ayuda si duele o aparecen dificultades.



¿CÓMO SABER QUÉ TÉCNICA ES LA CORRECTA?

Bebé muy cerca, con su nariz y su barbilla tocando el pecho.

Cabecita libre, ha de poder moverla.

Boca muy abierta, abarcando gran parte de la areola, que será más visible por encima de la boca que por debajo (agarre asimétrico).

Labios evertidos, hacia fuera (boca de pez).

Ausencia de dolor o únicamente una molestia leve y breve al inicio del agarre.

Durante la toma:

Movimiento circular de la mandíbula.

Mejillas redondeadas que no se hunden.

Movimientos de succión lentos y profundos, con pausas y alternando con movimientos rápidos, sin chasquidos.

Deglución audible y visible.

Tras la toma:

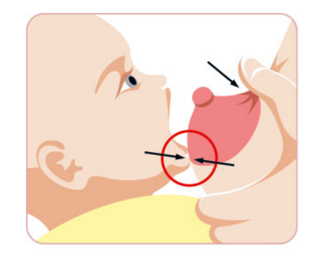
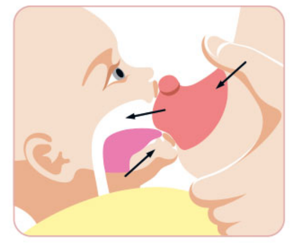
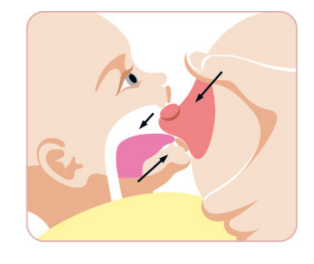
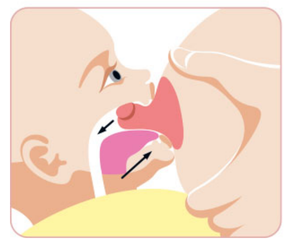
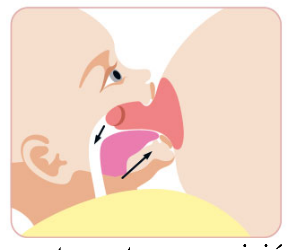
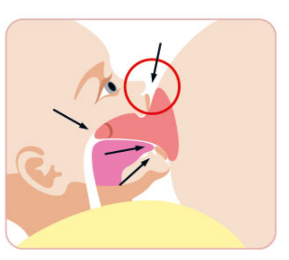
Pezón redondeado, no pinzado.

Pecho blando.

Signos de saciedad: el bebé se suelta espontáneamente y se queda relajado.



Lograr un buen agarre no siempre es fácil. Requiere práctica y paciencia hasta que se consigue de manera automática. Si el agarre espontáneo no se logra, se puede probar el agarre dirigido:

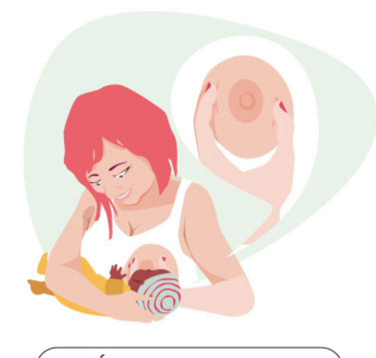
Asegurar una correcta postura y posición.

Estimular el reflejo de búsqueda rozando con el pezón la nariz del bebé.

Cuando el bebé abra bien la boca, hay que acercarlo a la madre empujándolo rápido y suavemente por la espalda (no por la cabeza); debe ser el bebé quien se acerque al pecho, no al revés. Con la técnica del sándwich, se puede adaptar el pecho a la posición de la boca del bebé para facilitar un agarre profundo: hay que poner los dedos sobre el pecho en forma de C o U (según la posición del bebé), en paralelo a sus labios, y presionar ligeramente.

Acomodarse y comprobar el agarre. Si no es correcto, hay que volver a intentarlo las veces que sean necesarias hasta lograrlo. Para que el bebé se suelte sin hacer daño, habrá que romper el vacío introduciendo con suavidad un dedo por la comisura de su boca.



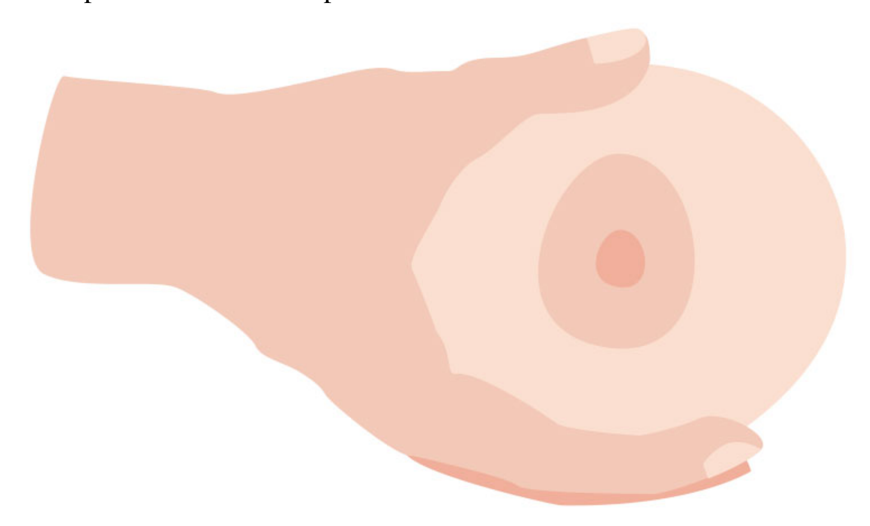


COMPRESIÓN MAMARIA

Es la técnica para facilitar la salida de leche, optimizar las tomas y acortarlas.

Útil con bebés adormilados, con dificultades de succión, con brotes de crecimiento o que no ganan peso, así como en caso de dolor en el pecho de la madre.

- Colocar los dedos en C.
- Comprimir el pecho durante la succión y descomprimir cuando deje de mamar.
- Cambiar la posición de los dedos alrededor del pecho para presionar diferentes puntos.



Ausencia de interferencias

Las **tetinas** (tanto de chupetes como de biberones) pueden dificultar la correcta instauración de la lactancia, ya que interfieren en la producción de leche (por menor estímulo directo al pecho) y provocan confusión entre la tetina y el pezón, lo que dificulta la succión e incluso puede provocar que el bebé lo rechace, con el riesgo de producir complicaciones en el pecho materno. No se recomienda su uso hasta que la lactancia esté bien establecida, al menos durante las primeras 4-6 semanas de vida.

Los **suplementos de leche**, administrados sin indicación médica, también pueden afectar a la producción láctea: si el bebé está saciado, demandará menos pecho y, en consecuencia, la producción no se adaptará a sus necesidades. Si el pediatra recomienda ofrecer suplementos, revisa el apartado "¿Y si necesita suplementos?", donde explico más en detalle en qué consisten.

Conocimiento de las crisis de lactancia

Son cambios en el patrón de alimentación y comportamiento del bebé al pecho. Parece que el bebé no está conforme con la producción de leche:

- Aumenta la demanda al pecho: el bebé pide el pecho continuamente. Se tiene la sensación de que se pasa el día enganchado al pecho y mama más que nunca.

Nerviosismo al mamar: el bebé llora, da tirones, se arquea, se retuerce, da cabezazos, rechaza el pecho.

A pesar de ello, el bebé gana peso adecuadamente y hace deposiciones y micciones con normalidad.

Son etapas normales y transitorias en la lactancia, y pueden suceder por varios motivos. Algunas, por los conocidos brotes de crecimiento: hay un rápido crecimiento del bebé y el consiguiente aumento de sus necesidades nutricionales. Su instinto es sabio: **¡cuanto más pecho pida, más leche obtendrá!** Aunque no lo logrará de inmediato, sino que el cuerpo de la madre tardará unos días en adaptarse. En otras ocasiones están relacionadas con cambios en la producción de leche, así como con aspectos emocionales y madurativos del bebé.

Es importante conocerlas y entender que el cuerpo se está adaptando a las necesidades del bebé, para evitar que surjan dudas e incluso se tomen decisiones contraproducentes para la lactancia.

Las crisis de lactancia pueden aparecer en cualquier momento, no tienen por qué ser evidentes en todos los niños ni darse en estos periodos, pero en líneas generales se habla de las crisis de:

[illegible]	[illegible]
48-72 horas [illegible]	El bebé pide pecho continuamente para estimular la glándula mamaria y que se produzca la subida de la leche.
15-20 días [illegible]	Brote de crecimiento.
6-7 semanas [illegible]	Brote de crecimiento y cambio transitorio en la composición de la leche (que adquiere un sabor más salado).
3 meses [illegible]	La más larga y delicada, con mayores tasas de abandono de lactancia materna. Cambios en el bebé: Tomas rápidas porque es eficaz extrayendo leche. Se distrae con facilidad con el entorno. Cambios en el mecanismo de producción de leche: se produce cuando el bebé la requiere (no está almacenada ni está disponible en el momento), pero tarda un par de minutos en salir. Además, se añade la sensación de pecho blando por parte de la madre.
12 meses [illegible]	El crecimiento del bebé se ralentiza y pierde el interés por los alimentos, pero aumenta la demanda de pecho.
2 años [illegible]	A pesar de que el niño tiene más independencia, necesita la seguridad y el consuelo que aporta el pecho: vuelve a mamar como si fuera un recién nacido.

También hay unas falsas crisis, a los 4 y 8 meses, no relacionadas con la lactancia ni con la producción de leche, sino con factores como la maduración del sueño o la ansiedad por separación.

En resumen, hay que tener presentes estas recomendaciones:

Amamantar a demanda; cuanto más, mejor, sin restricción de

horarios.

Anticiparse a la demanda para que el bebé no llegue con mucha hambre, pero sin forzar.

Ofrecer las tomas en un ambiente tranquilo y relajado, con luz tenue y sin estímulos.

Aumentar el contacto con el bebé: realizar contacto piel con piel, portear…

Evitar los suplementos de fórmula infantil (salvo indicación justificada) y chupetes, ya que pueden interferir en la producción de leche y esta no se adaptará a las necesidades del bebé.

Buscar apoyo y delegar.

Tener paciencia, mantener la calma y confiar.

Cómo saber si el bebé se alimenta correctamente

EL BEBÉ:

Tiene buen estado general: está alerta, activo y reactivo entre las tomas, y tras ellas se encuentra relajado. Tiene buen color e hidratación.

Gana peso según lo esperado.

Presenta un patrón de micciones y deposiciones adecuado.

LA MAMÁ:

Nota la subida de leche en 48-72 h (a veces el quinto día), junto con el aumento del tamaño y la firmeza del pecho y mayor cantidad de leche.

Consigue un agarre correcto, sin dolor ni complicaciones.

Se le ablandan los pechos tras las tomas.

LAS TOMAS:

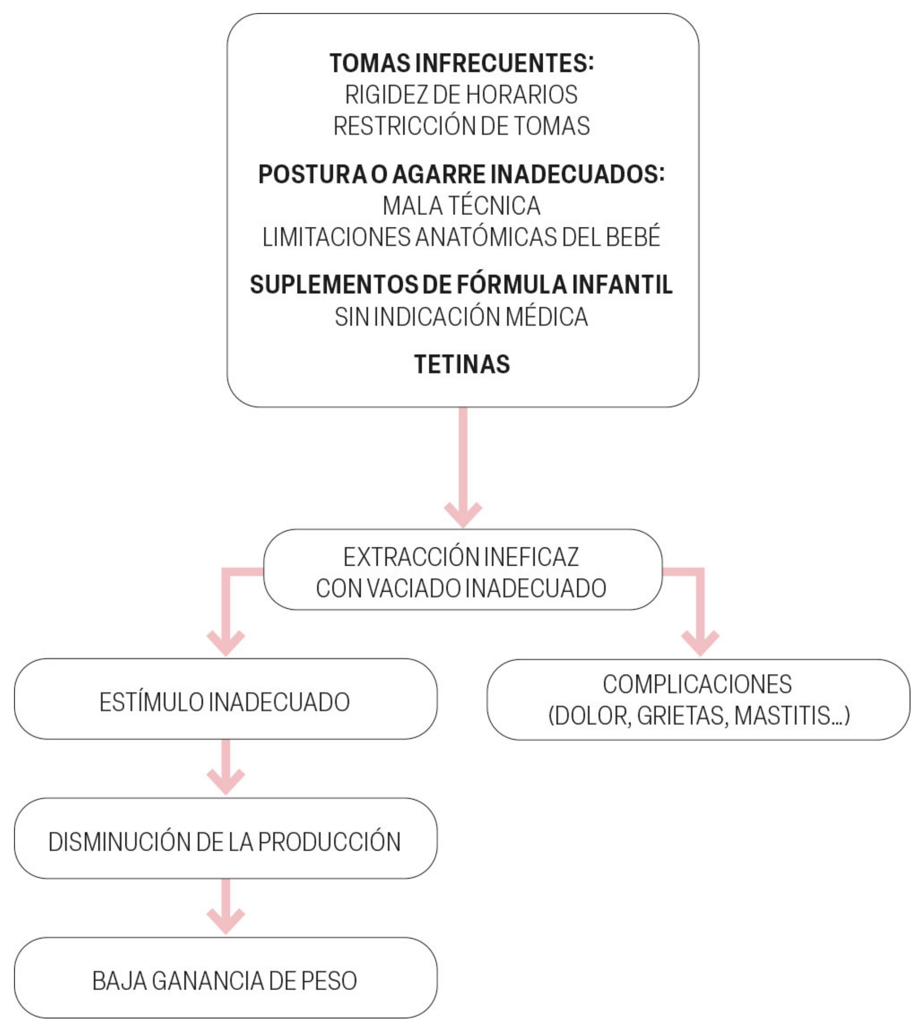
Son frecuentes (8-12 tomas/día).

Agarre profundo con patrón de succión maduro (el bebé alterna 15-20 succiones lentas con otras más rápidas y superficiales).

Buena transferencia de leche: se ve y se oye cómo traga, se suelta espontáneamente al terminar y se queda tranquilo.

¿Y si algo falla?

La lactancia no siempre es fácil y las principales dificultades aparecen en su inicio. Además, el tipo de parto y posparto de cada mujer puede condicionar la instauración y mantenimiento de la lactancia. Sin embargo, menos un 5 % de las mamás padecen un problema de salud real que implique una baja producción de leche, por lo que la mayoría de las complicaciones se pueden prevenir e incluso solucionar con información y un asesoramiento adecuado por parte de profesionales con experiencia. No dudes en buscar ayuda si lo necesitas.



¿Y si necesita suplementos?

En algunas situaciones, mientras se trata de corregir el origen del problema, puede haber indicación médica de suplementar la alimentación del bebé (por bajada de azúcar, pérdida de peso excesiva, etcétera). Consiste en ofrecer un aporte de leche adicional que asegure sus necesidades energéticas y nutricionales hasta que se logre una alimentación completa y directa del pecho. Si el pediatra así lo indica, te doy varios consejos para compatibilizarlo con la lactancia:

Lo ideal es que el suplemento sea de la **propia leche materna extraída**. En caso de no ser posible, se puede optar por leche de donante (de uso hospitalario) o fórmula infantil.

Emplear un método que interfiera lo mínimo posible con el amamantamiento; por ello, el biberón debería ser la última alternativa, debido al riesgo de que se dé una confusión entre tetina y pezón. Existen diferentes opciones:

SUPLEMENTOS



VASITO O TAZA ABIERTA

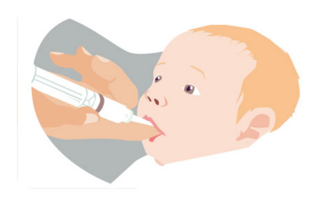


RECIPIENTE-CUCHARA



RELACTADOR O SONDA

Al mismo tiempo que el bebé recibe el suplemento, está estimulando el pecho materno y, por tanto, favoreciendo la producción.



MÉTODO DEDO-JERINGA

Si aun así prefieres utilizar biberón, es recomendable ofrecerlo siguiendo el **método Kassing**.

Paralelamente, se debe asegurar la producción de leche de la madre, ya que, si el bebé se sacia con los suplementos y disminuye la succión directa, la producción láctea puede disminuir.

Para ello:

Asegurar un estímulo frecuente del pecho, ofreciéndoselo al bebé siempre que se pueda, con un agarre y vaciado adecuados. Hay que hacerlo antes y después del suplemento. Si no es posible, la madre debe estimularse con un extractor o manualmente. Lo ideal es mantener las extracciones nocturnas, ya que es cuando hay un pico de prolactina.

Favorecer un ambiente tranquilo y relajado.

Promover el contacto piel con piel.

Fomentar el descanso de la madre.

Cuidar la alimentación de la madre, que sea variada y equilibrada, y asegurar una adecuada hidratación. No hay evidencia de

que exista ningún alimento ni remedio que aumente la producción de leche por sí mismo.

Buscar el apoyo de un profesional experto en lactancia.

La necesidad de suplementos suele ir asociada a problemas que, en la mayoría de los casos, tienen solución. ¡Busca ayuda!

Dolor con las tomas

Recuerda: ¡dar pecho no debe doler!

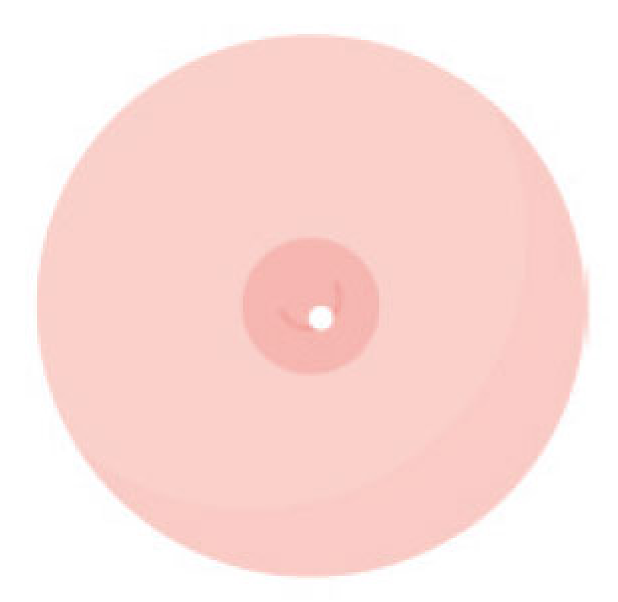
Es cierto que, durante los primeros días, debido a los cambios hormonales, la madre puede notar una leve molestia de unos segundos de duración al inicio de la toma. Si el dolor es muy intenso, persistente y no mejora con el tiempo, debe buscar ayuda para identificar la causa y resolver el problema cuanto antes.

Para que te sirva como orientación, te muestro aquí algunos de los problemas más habituales relacionados con el pecho que cursan con dolor y te ofrezco algunas recomendaciones generales:

PEZÓN

Dolor punzante al amamantar. **+** Punto blanco nacarado en la superficie del pezón.

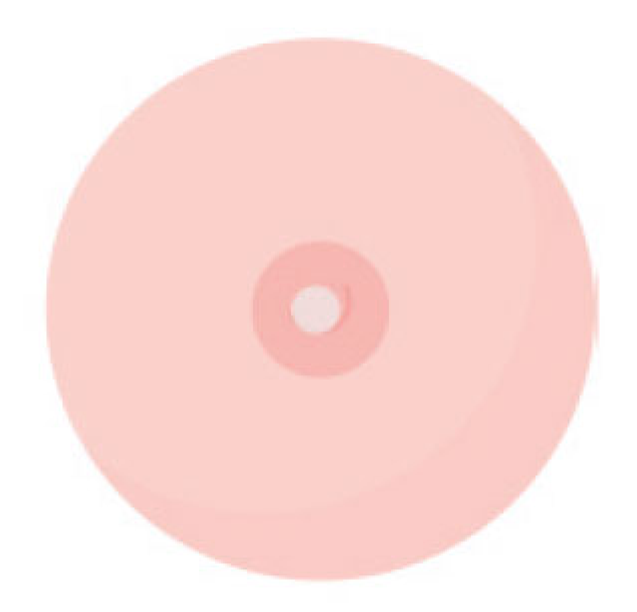
Perla de leche.



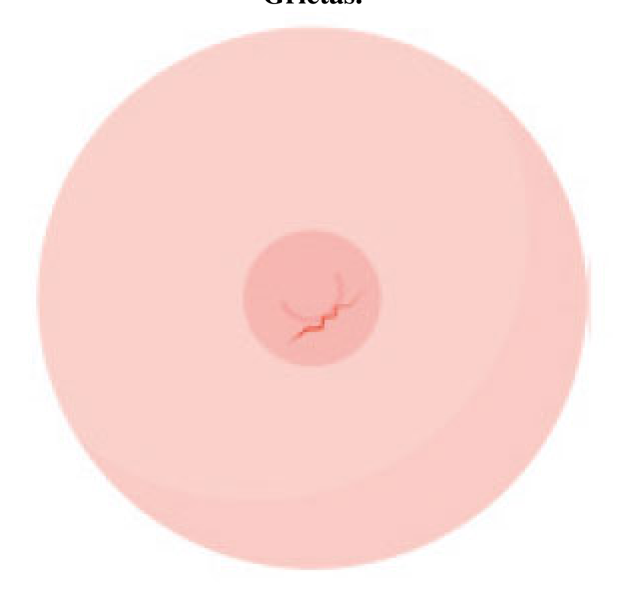
Origen traumático o infeccioso.

Entre las tomas. **+** Cambio de coloración del pezón: blanco → azul → rojo.

Isquemia del pezón o fenómeno de Raynaud.



Puede aparecer en ambientes fríos, al salir de la ducha…
Al principio de la toma, pero mejora a lo largo de esta. **+** Herida en pezón.
Grietas.



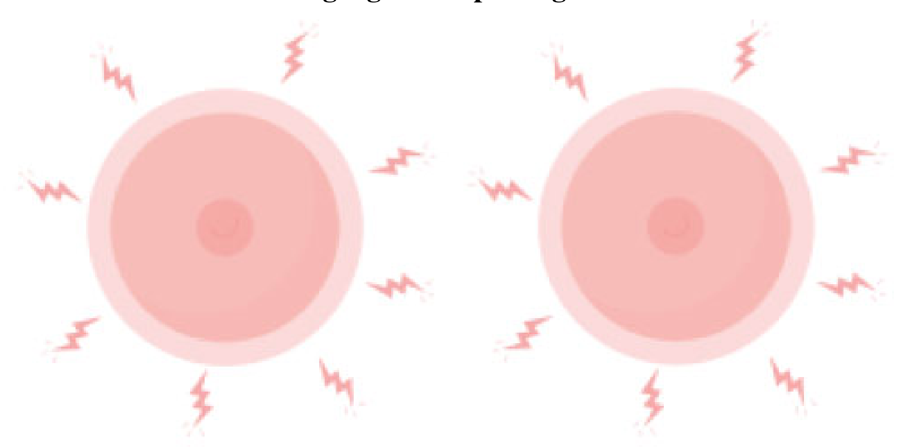
Heridas de diferente grado por traumatismo continuado en el pezón (mal agarre, uso inadecuado del sacaleches, confusión con tetinas, alteraciones anatómicas en el bebé…).

PECHO
BILATERAL

Pechos tensos, enrojecidos, doloridos, con dificultad para el agarre y la salida

de la leche.

Ingurgitación patológica.

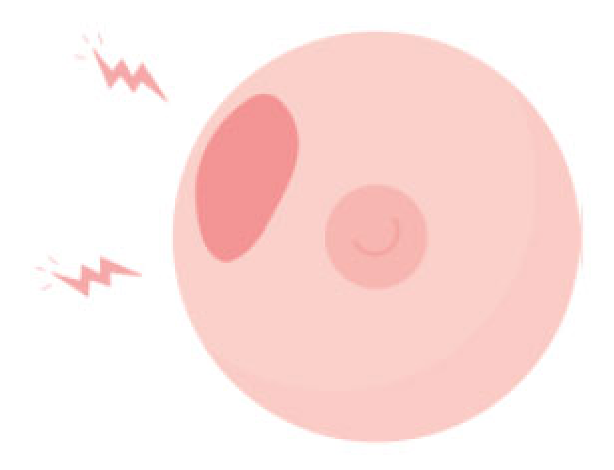


Edema (acúmulo de líquido).

UNILATERAL

Bulto doloroso que disminuye de tamaño tras la toma. **+** Sin fiebre (a veces febrícula) ni malestar.

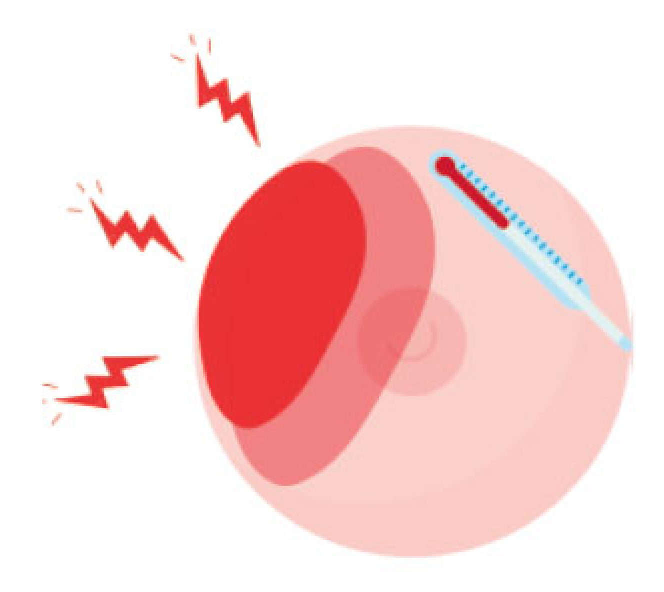
Obstrucción.



Retención de leche en una zona del pecho.

Pecho inflamado (duro, caliente y rojo) y dolorido. **+** Fiebre, malestar, dolor de cabeza, escalofríos…

Mastitis.



Inflamación de la glándula mamaria, con o sin infección, por un desequilibrio bacteriano de la leche.

Las complicaciones del pecho son uno de los principales motivos del abandono de la lactancia. ¡Busca ayuda de un profesional experto en lactancia si aparecen problemas!

En todos estos casos:

Mantener lactancia a demanda, frecuente y sin restricciones, asegurando un vaciado completo del pecho, idealmente con la succión del bebé o, si no es posible, mediante extracción manual o con sacaleches.

Realizar contacto piel con piel.

Evitar tetinas.

Revisar posición, postura y agarre.

Usar antiinflamatorios si se precisa, bajo prescripción.

Según la causa:

GRIETAS: en caso de dolor, la compresión mamaria puede acelerar el vaciado. También puede ayudar cambiar de posición al bebé para que su boca no presione directamente la grieta. Las grietas son heridas y, como tales, hay que mantenerlas limpias y secas. Intenta mantener el pecho al aire todo el tiempo que puedas, y evita los discos absorbentes reiteradamente.

INGURGITACIÓN: antes de la toma, masajear los pechos. Si la areola está muy dura, dificultando el agarre y la salida de la leche, conviene presionarla con los dedos hacia el tórax durante un par de minutos; de este modo, el edema se desplaza hacia atrás y se ablanda (presión inversa suavizante). Asegurarse de que el pecho queda vacío tras las tomas y aplicar frío entre ellas.

OBSTRUCCIÓN: dar masaje antes y durante la toma en círculos y en dirección al pezón. Posicionar al bebé de forma que su mandíbula se sitúe sobre la obstrucción, lo que facilitará el vaciado del pecho. Asegurarse de que este queda vacío tras las tomas y aplicar frío entre ellas.

MASTITIS: además de las medidas anteriores, entre las tomas aplicar frío y asegurar reposo, hidratación y descanso materno. Si no hay mejoría en 24-48h, consultar, pues puede estar indicado el antibiótico (seguro y compatible con la lactancia) o un cultivo. El uso de probióticos no tiene una evidencia clara, pero puede valorarse en cada caso.

¿FRÍO O CALOR?

Fresquito* para aliviar el dolor y la inflamación entre las tomas:

Ingurgitación.

Obstrucción.

Mastitis.

Calor templado** para dilatar conductos y facilitar el drenaje:

Seco: síndrome de Raynaud.

Húmedo:

Perlas de leche por tracción.

Obstrucción.***

Mastitis.***

*Fresquito: hojas de col frías, compresas o *packs* térmicos, alimentos congelados envueltos.

**Calor templado: seco (bolsas de semillas) o húmedo (compresas, ducha, bolsa de agua caliente).

***Se puede recomendar la aplicación de calor puntual y breve, no más de 2 minutos, inmediatamente antes de la toma. El calor excesivo y prolongado es contraproducente.

El frenillo

El frenillo lingual es una banda fibrosa situada en la base de la lengua que permite su movilidad. En algunas ocasiones, es demasiado corto y limita la movilidad de la lengua (anquiloglosia), lo que puede interferir negativamente en la lactancia, al dificultar el agarre y, con ello, el vaciado del pecho. Otras veces, puede provocar complicaciones en la madre, como dolor, grietas o mastitis.

Para valorar si un frenillo interfiere negativamente en la lactancia lo ideal es contar con un equipo multidisciplinar. En ocasiones, habrá que seccionarlo para permitir la movilidad de la lengua y realizar posteriormente ejercicios de rehabilitación con el fin de asegurar una adecuada cicatrización.

Además, la detección de un frenillo corto a edades tempranas y un correcto abordaje puede prevenir otros problemas en la edad adulta, como apneas de sueño, infecciones respiratorias recurrentes, problemas de voz, problemas de oclusión dental, etcétera.

Cómo extraer y almacenar la leche

La extracción de leche

Es probable que en algún momento tengas la necesidad de extraerte leche para ofrecérsela más adelante al bebé de cara a una separación más o menos prolongada (ocasión puntual, viaje, reincorporación al trabajo…).

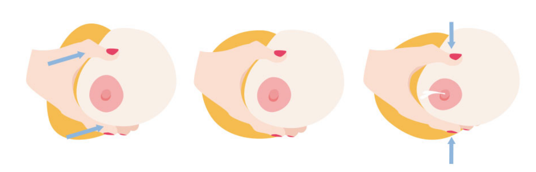
¿Cómo se realiza?

Lavarse las manos con agua y jabón.

Masajear el pecho con movimientos circulares de la parte superior hacia la areola y el pezón. Frotarlos y sacudirlos suavemente.

Realizar la extracción:

Manual:



Colocar la mano en forma de C, situando el pulgar en la parte superior de la areola y los cuatro dedos restantes en la parte baja.

Sin moverla, desplazarla hacia las costillas con una suave presión.

Con el pulgar, comprimir la areola (no el pezón) mientras se desplaza la mano hacia delante, como para ordeñar.

Repetir el proceso las veces necesarias hasta que el pecho ya no esté tan congestionado, alternando con el masaje. Rotar la posición de los dedos para cambiar el punto de extracción y vaciar cada cuadrante del pecho.

Sacaleches: hay una gran variedad de extractores, manuales y eléctricos, y la elección dependerá del uso que se le vaya a dar.

Los colectores de leche materna son recipientes que se acoplan al pecho haciendo un vacío. De forma pasiva, mientras el bebé mama del otro pecho y aprovechando el reflejo de eyección, se irá llenando de leche. Así podrás conservarla para utilizarla más adelante.¡Cada gota cuenta!

¿Sabes que la leche materna puede donarse? Se administra a recién nacidos hospitalizados que no disponen de leche de su propia madre, especialmente bebés prematuros, con bajo peso o con ciertas enfermedades, por los importantes beneficios para su salud. Puedes contactar con el banco de leche más cercano a tu domicilio para que te den indicaciones sobre la extracción, almacenamiento y transporte.

Algunos consejos:

Como todo en esta aventura, la extracción de leche también requiere tiempo, práctica y paciencia. Las extracciones iniciales serán mínimas aun con una lactancia completamente instaurada, hasta que tu cuerpo se adapte a la nueva demanda. La extracción puede ser más efectiva en ciertas ocasiones:

Al mismo tiempo que el bebé mama del otro pecho.

Entre 30-60 minutos después de amamantar.

Por la mañana a primera hora.

Por la noche, aprovechando el pico hormonal.

Buscar un lugar tranquilo y cómodo.

Ser constante.

Mejor extracciones cortas y frecuentes que largas y ocasionales.

Masajear los pechos siempre y aplicar calor justo antes de la extracción.

Realizar compresión mamaria al mismo tiempo.

¡Estimular con amor! Mirar fotos del bebé, oler su ropita o realizar

la extracción al mismo tiempo que el bebé mama, aumentará la oxitocina, que facilita la salida de leche.

Hacerlo sin prisas e intentar distraerse (ver una película, leer un libro, escuchar música).

Asegurar un uso correcto del sacaleches: comprobar la talla del embudo y alternar los ciclos de estimulación con los ciclos de extracción.

Combinar la extracción eléctrica con la manual. Finalizar con extracción manual.

Hacer doble vuelta: pecho derecho-izquierdo-derecho-izquierdo.

No obsesionarse con la cantidad: ¡tapar la botella para no ver el contenido!

La cantidad de leche extraída con el sacaleches no es equivalente a la cantidad de leche que el bebé saca del pecho.



¿Cómo transportar la leche fuera de casa? Si la leche se extrae en el trabajo, hay que asegurarse de que puede mantenerse en frío hasta regresar a casa. Para los trayectos, puede usarse una neverita o bolsa térmica con placas de hielo.

El almacenaje de leche

La leche es un alimento vivo con muchas propiedades, por lo que es importante conservarla correctamente para que siga manteniéndolas en la medida de lo posible. Para ello:

- Utilizar recipientes adecuados e independientes bien lavados y aclarados.
- Almacenar en pequeñas cantidades (60-100 ml). De este modo, si el bebé no se acaba la toma, no habrá que desechar la leche sobrante. Por otra parte, la descongelación será más rápida.



- Rotular cada recipiente con la fecha de extracción y la cantidad.
- Refrigerar o congelar cuanto antes tras la extracción, según el uso que se le vaya a dar:
  - Nevera: si su uso está previsto en los próximos 2-3 días.
  - Congelador: si su uso está previsto para más adelante. Lo ideal sería congelarla al momento o dentro de las primeras 24 horas tras la extracción. Que sea un cajón exclusivo para la leche, ¡no con carnes y pescados! La leche se expande al congelarse, por lo que no debe llenarse el recipiente del todo. Si se almacena en bolsitas, mejor ponerlas en horizontal para optimizar el espacio.
- Almacenar en la zona del frigorífico o congelador con una temperatura estable: en la parte del fondo, no en la puerta.
- Se pueden juntar aquellas extracciones que se hayan obtenido en

un periodo de 24 horas siempre y cuando estén a la misma temperatura.

TIEMPOS RECOMENDADOS

TEMPERATURA AMBIENTE (<25 ºC) [illegible]			
RECIÉN EXTRAÍDA [illegible]	[illegible] según la temperatura ambiental.		
[illegible]	[illegible] 6 meses.		
Arcón: 6-12 meses.			
DESCONGELADA EN LA NEVERA [illegible]			
DESCONGELADA CON AGUA CALIENTE [illegible]			

Uso de leche extraída

Descongelar:

En el frigorífico: una vez descongelada, utilizar en las siguientes 24 horas.

Sumergir dentro de un cazo con agua tibia fuera del fuego (falso baño María).

Poner bajo el chorro de agua caliente del grifo.

Usar el calientabiberones.

En los tres casos anteriores, una vez descongelada, utilizar en las siguientes 2 horas.

La leche descongelada/calentada:

No volver a calentar ni congelar.

Mantener a temperatura ambiente, si no se ha usado, 2 horas como máximo.

Desecharla si el bebé ha tenido contacto con la leche, máximo en 30-60 minutos.

Otros consejos:

Como la leche se separa por capas, una vez descongelada, remover suavemente para homogeneizar sus componentes.

Se puede mezclar para una misma toma leche extraída en distintas fechas.

La leche puede ofrecerse fría, a temperatura ambiente o tibia. Se puede atemperar fuera de la nevera, bajo agua tibia del grifo o sumergiendo el recipiente en agua templada. Precaución con el microondas, pues calienta de manera irregular y hay riesgo de quemaduras.

Algunas mujeres tienen mayor cantidad de lipasa, una enzima presente en la leche materna que facilita la digestión de su grasa y que cuando se activa le confiere un olor o sabor desagradable (agrio). La leche no está en mal estado y es segura para el bebé, pero puede rechazarla, por lo que, antes de congelar grandes cantidades, conviene asegurarse de que el bebé la acepta haciendo **la prueba de la lipasa**. Si la rechaza, hay que evitar que la lipasa actúe antes de congelar la leche: enfriar la leche nada más extraerla (en un recipiente con agua y

hielo) y congelarla cuanto antes. Si persiste el rechazo, escaldarla nada más extraerla antes de enfriarla y congelarla.

Cuando toca volver al trabajo

La vuelta de la madre al trabajo remunerado suele generar angustia, sobre todo cuando la alimentación del bebé depende principal o exclusivamente de ella. ¿Qué comerá? ¿Y si no acepta el biberón? Lo entiendo, comprendo esos temores de las semanas previas, pero es cierto que muchas veces la realidad suele ser algo más fácil que como nos la imaginamos.

A la hora de dar consejos para la incorporación al trabajo, hay que tener en cuenta que existen alternativas para cada situación (edad del bebé, horarios de trabajo, posibilidad de extraer leche o amamantar en el trabajo, persona a cargo del bebé durante la ausencia…), pero aquí doy unas **pautas generales** que pueden servir.

La necesidad de tener preparado un banco de leche más o menos grande depende de cada circunstancia. Como referencia, podría empezar a prepararse las 3-4 semanas previas a la incorporación y, después, ofrecerle al bebé la leche fresca recién extraída en la jornada previa.

El alimento que el bebé comerá en ausencia de la madre dependerá de la edad a la que se produzca la separación:

<4 MESES: leche materna extraída o de fórmula infantil.

4-6 MESES: leche materna extraída o de fórmula infantil. En algunos casos, podría plantearse iniciar alimentación complementaria en ausencia de la madre, manteniendo la lactancia sin restricciones a su regreso.

>6 MESES: leche o alimentación complementaria.

La dificultad más habitual de los bebés alimentados con lactancia materna exclusiva es, precisamente, la introducción del biberón, que genera muchos quebraderos de cabeza a las familias. Aunque es normal y entendible que la madre quiera saber que el bebé va a comer en su ausencia, hay que tener en cuenta que no siempre va a funcionar. Mi consejo es no angustiarse, sino dejar que fluya y disfrutar del tiempo juntos antes de la reincorporación al trabajo. Sin embargo, aquí doy algunos consejos que pueden ayudar a preparar el momento:

Asegurar un adecuado vínculo entre el bebé y la persona que lo va a cuidar.

Ofrecer la leche antes de que el bebé tenga mucha hambre, cuando esté tranquilo.

Que el alimento no lo ofrezca la mamá y que el bebé ni siquiera la sienta cerca, pues es más probable que no lo acepte si sabe que está disponible el «*envase*» original.

Probar diferentes tetinas y flujos hasta dar con los que acepte el bebé.

Ofrecer la leche a temperatura ambiente, ni muy caliente ni muy fría.

Valorar otros métodos para dar la leche, por ejemplo, en un vaso.

Si no se consigue que el bebé coma, no hay que preocuparse. Cuando se produzca la incorporación al trabajo, hay que confiar en su instinto de supervivencia: si tiene hambre y la madre no está, acabará aceptando el biberón, aunque algunos bebés tardan 7-15 días en hacerlo. Es posible que durante unos días rechace las tomas durante la ausencia de la madre y cubra sus necesidades de alimentación cuando esta regrese. Paciencia, poco a poco se adaptará a la nueva situación.

¿Y qué pasa con la mamá? El cuerpo de la madre y la producción de leche también debe adaptarse a la disminución de la demanda. Lo esperable es que los primeros días la leche se produzca al mismo ritmo y que se note con frecuencia el pecho congestionado y molesto. Como consejos generales:

Si la idea es mantener la lactancia exclusiva al mismo ritmo, la leche deberá extraerse con la misma frecuencia que si se amamantase en casa, aproximadamente cada 3-4 horas. La leche extraída se puede guardar para que el bebé la tome al día siguiente.

Si no es el caso, los primeros días habrá que realizar extracciones con el objetivo de aliviar la congestión y las molestias, frecuentes inicialmente, hasta que la producción se regule. Al llegar a casa, se puede mantener la lactancia a demanda.

Más allá del año

Es habitual que las madres que lactan a niños *mayores* se encuentren con barreras y prejuicios. Si es tu caso, seguro que oirás muchos comentarios: «¿No es un poco grande para tomar pecho?», «¡Qué vicio tiene!», «¿Hasta cuándo se le va a dar teta?», «A partir del año la leche no alimenta».

Todas las sociedades científicas recomiendan mantener la lactancia materna hasta los 2 años, aunque puede extenderse todo el tiempo que madre e hijo deseen. Además de su aporte nutricional (la leche es de mayor calidad que otras y se adapta al crecimiento y necesidades del bebé), proporciona otros beneficios importantes para ambos, relacionados directamente con la duración, que se observa incluso años después del destete.

No se han constatado riesgos físicos ni psicológicos en niños que toman pecho con más de 2-3 años; al contrario, se ha visto un mejor desarrollo psicosocial y emocional. Tampoco está contraindicado amamantar durante un nuevo embarazo (salvo puntualizaciones) o si hay hermanos pequeños. El mayor problema es el rechazo social y profesional por desconocimiento de la evidencia científica actual.

El final de la lactancia

Aunque se habla mucho de las dificultades que supone el inicio de la lactancia, sin duda, el destete es otro de los momentos más complicados que he vivido como madre lactante, pues está cargado de emociones y dudas. Es una etapa común en todas las mujeres que amamantan, que de manera natural empieza con el inicio de la alimentación complementaria, pero tomar la decisión de decir adiós definitivamente puede ser complicado: no implica tan

solo dejar de alimentar al bebé, sino también modificar la forma de relacionarnos con él.

Es cierto que en algunas ocasiones puede ser el propio bebé quien espacie tomas o las rechace (incluso de un día para otro), pero lo habitual es que sea la madre quien, tras poner en una balanza sus circunstancias y sentimientos, decida que ha llegado el momento de finalizar esta etapa. Y, de nuevo, la ambivalencia de la maternidad: querer y no querer. **La madre, y solo ella, será quien decida cuándo acaba la lactancia.** Si la madre ha decidido destetar, cuenta con todo mi apoyo. Porque sé que, aunque está convencida del paso que va a dar, puede sentir tristeza, miedo, culpa e inseguridad. De hecho, el final de la lactancia puede vivirse como un duelo, pues acaba una etapa única y especial.

Las circunstancias varían (dificultades, reincorporación al trabajo remunerado, nuevo embarazo, cansancio, presión social, enfermedad…) y, en ciertos casos, como cuando hay separaciones imprevistas y prolongadas o se dan situaciones graves, la necesidad de destete puede ser urgente. Sin embargo, si es posible (y suele serlo), recomiendo que se haga **sin prisa ni plazos, gradual y respetuosamente**, teniendo en cuenta las necesidades físicas y emocionales del niño y de la madre. Puede llevar semanas o meses. Por otra parte, el destete no tiene por qué ser total, sino que en muchos casos puede hacerse parcialmente (manteniendo tomas diurnas o nocturnas, según la necesidad).

Por ello, cada destete es único y lo ideal es orientar individualmente. Sin embargo, voy a dar algunos consejos para este delicado momento:

- Informarse y distinguir entre voluntad propia y presión social o falsas creencias sobre la lactancia.
- Planificar: el momento lo decidirá la madre, pero se debe tener en cuenta que en ciertas etapas puede resultar más complicado:
  - Crisis de lactancia.
  - Regresiones de sueño.
  - Angustia de separación.
  - Cambios de rutina: llegada de un hermanito, inicio de la escuela infantil, retirada del pañal, cambio de casa, incorporación de la madre al trabajo…
  - Enfermedad.
- Eliminar tomas poco a poco, cada 2-3 días, o incluso más, para facilitar la mutua adaptación.
- Sustituir las tomas de pecho por otro alimento en bebés menores de un año: fórmula infantil o, en su defecto, valorar alimentación complementaria a partir de los 6 meses. En caso de bebés ***mayores***, no suele ser necesario, pero hay que tener en cuenta que algunos requieren alimentación nocturna hasta los 18-24 meses.

CONSEJOS PARA BEBÉS MAYORES

- Analizar la rutina diaria e identificar número y tipo de tomas.
- Empezar a retirar las más *sencillas* (por rutina, frustración,

aburrimiento…) y mantener las nutritivas.

Anticiparse al hambre, ofreciendo líquidos y alimentos saludables antes de que reclame el pecho.

Evitar situaciones que propicien las tomas: sentarse en el sofá, tumbarse en la cama, momentos de estrés, bañarse con él…

No ofrecer ni negar, pero no amamantar a la primera:

Buscar alternativas para cubrir las necesidades físicas y emocionales del bebé, supliendo las tomas por cariño y contacto estrecho.

Utilizar distracciones: ir al parque, contarle cuentos o probar juegos nuevos.

Negociar y aplazar las tomas: «En la calle no, al llegar a casa», «Espera un momento».

Acortar su duración: «Contamos hasta 10 y soltamos», «Hasta que se acabe la canción».

Pedir ayuda para los momentos de mayor demanda.

Fijar una fecha conjunta de despedida.

Establecer nuevas rutinas para dormir.

Explicar de manera sencilla y acorde con la edad: la diferencia día/noche, que la teta está cansada y necesita descansar… Los cuentos son una herramienta estupenda.

Se requiere mucha paciencia, empatía y comprensión. Los cambios pueden implicar tristeza, malestar e incluso lágrimas (para ambos). Hay que estar presente, acompañar al niño y ofrecer todo el apoyo que precise.

No olvidar a la madre:

Si molesta el pecho, está tenso o con bultos:

Realizar extracciones breves, no con el objetivo de vaciar el pecho, sino para aliviar las molestias y evitar complicaciones.

Tomar antiinflamatorios si se precisan.

Aplicar frío.

Consultar si aparecen síntomas de congestión y mastitis.

No restringir líquidos, no tomar medicamentos para cortar la leche (no funcionan cuando la lactancia está establecida), no vendar el pecho ni evitar extraer leche si hay molestias.

Poco a poco irá reduciéndose la producción, y en 7-10 días el cuerpo se habrá adaptado.

Destete nocturno. Muchas familias, con el objetivo de descansar, optan por este tipo de destete en el que las tomas de pecho se reducen o eliminan por la noche, mientras que la lactancia a demanda se mantiene por el día. Es cierto que en alguna ocasión puede dar resultado, pero no siempre: **retirar tomas nocturnas no es garantía de que el bebé duerma** más ni mejor. Además, hay que tener en cuenta lo siguiente:

Las tomas nocturnas deben mantenerse hasta el año si el bebé las necesita, incluso hasta los 18-24 meses.

Habrá que establecer nuevas rutinas para dormir y ayudar al bebé a conciliar el sueño y a mantenerlo de otro modo que no sea con la succión al pecho.

El cambio requiere mucha paciencia, tiempo y constancia.

Un bebé que llora es un bebé que te necesita, por lo que siempre hay que atenderlo y consolarlo. En primer lugar, hay que tratar de hacerlo de otro modo que no sea con el pecho, con todas las tácticas disponibles (abrazos, caricias, porteo…), y tener preparado alimento para ofrecerle en caso de que el despertar sea por hambre. Si no funciona, se le puede dar la toma, pero probando a reducir su duración y evitando que se duerma completamente succionando. Poco a poco, noche tras noche, notarás resultados.

También puede ser necesario crear un espacio entre mamá y bebé para que no la sienta cerca. Por ejemplo, durmiendo temporalmente separados, en otra habitación, y que sea la pareja, si la hay, quien atienda los despertares nocturnos. En otras ocasiones puede bastar con que la pareja duerma entre el bebé y la mamá.

¿Qué es mito y qué es verdad? Descifrando las claves de la lactancia

«MI LECHE NO ALIMENTA». No hay leche de mala calidad, aguada ni que no alimente. Se adapta a la perfección a las necesidades del bebé, independientemente de su edad.

HAY COMIDAS QUE DAN MAL SABOR A LA LECHE. Que el sabor de la leche varíe con la alimentación de la madre no es negativo. Exponer precozmente al bebé a diferentes sabores favorecerá su predisposición a aceptar nuevos sabores en las siguientes etapas de la infancia.

UN PECHO PEQUEÑO PRODUCE POCA LECHE. El tamaño de la mama depende del tejido graso, y no de la glándula mamaria. El tamaño del pecho, salvo una verdadera hipoplasia mamaria, no condiciona la cantidad de leche que se produce.

BEBIENDO CERVEZA SE TIENE MÁS LECHE. No hay alimentos que favorezcan el aumento de la producción láctea, tampoco el beber más agua ni comer más. La alimentación de la madre ha de ser variada y equilibrada, y debe comer y beber en función de su apetito y sed.

SI SE LE QUITA EL PECHO, EL BEBÉ DORMIRÁ MEJOR POR LA NOCHE. No se ha demostrado que el destete disminuya el número de despertares ni que el bebé vaya a dormir mejor; esto depende de múltiples factores, entre ellos la madurez del sueño y la rutina establecida para el descanso.

HAY QUE DARLE UN BIBERÓN HASTA QUE SUBA LA LECHE. Error. Salvo indicación médica, lo que necesita el cuerpo de la madre para producir leche es la estimulación frecuente y a demanda

del bebé.

NO HAY LECHE, PORQUE NO SALE CON EL SACALECHES. La cantidad de leche extraída con el sacaleches no es equiparable a la leche que un bebé puede extraer succionando.

EL BEBÉ NO PARA DE PEDIR PECHO, Y NO HAY SUFICIENTE LECHE. VOY A DARLE UN BIBERÓN. La producción de leche depende de la demanda del bebé. Restringir tomas o administrar fórmula infantil puede ser contraproducente.

DARLE PECHO AL BEBÉ CADA VEZ QUE LO PIDA ES MALCRIARLO. El bebé no solo pide leche para alimentarse, sino para buscar contacto físico y cariño, fundamental para un apego seguro, que será la base de su confianza y autoestima.

HAY QUE PONER AL BEBÉ 10 MINUTOS EN CADA PECHO CADA 3 HORAS. La lactancia es a demanda en frecuencia y duración, sin horarios. El bebé marcará los tiempos, y la madre deberá ofrecerle el pecho cuando muestre señales de hambre.

ES NORMAL QUE EL PECHO DUELA. No hay que normalizar el dolor. Si duele, hay un problema, por lo que es necesario buscar ayuda.

EN CASO DE EMBARAZO HAY QUE DESTETAR. Amamantar durante un nuevo embarazo, si la madre quiere, es seguro y no conlleva riesgos. Solamente puede indicarse en circunstancias muy concretas. Tampoco hay problema en amamantar en tándem (al hermano mayor y al pequeño).

SI LA MADRE ESTÁ ENFERMA O TOMA MEDICACIÓN, NO PUEDE DAR PECHO. Pocas enfermedades y medicamentos contraindican la lactancia. Si surgen dudas sobre la compatibilidad de fármacos, productos estéticos…, consulta la web **www.e-lactancia.org**.

LACTANCIA ARTIFICIAL

Aunque he hablado largo y tendido de la lactancia materna, no quiero olvidar a aquellas familias que optan por una lactancia artificial, total o parcialmente, bien desde el principio, bien en algún momento durante el primer año del bebé. También se requiere orientación, aprendizaje y acompañamiento, porque, aunque demos por hecho que es sencillo, son múltiples las dudas que me plantean cada día al respecto.

Antes que nada, cabe recordar que lo recomendable es que la lactancia sea **a demanda** (el bebé decide cuándo y cuánto) y **exclusiva** hasta los 6 meses. A partir de entonces y durante el primer año, la leche sigue siendo el alimento principal, junto con alimentos complementarios.

La preparación

Elegir la fórmula

Los bebés no amamantados hasta su primer cumpleaños deben alimentarse con una fórmula infantil que cubra sus necesidades y posibilite, de manera

segura, un crecimiento adecuado. La mayoría de las fórmulas están elaboradas a partir de leche de vaca, aunque las hay a partir de leche de otros animales y de vegetales, que son válidas en casos concretos. Para el primer año, se encuentran las siguientes:

- **TIPO 1 O DE INICIO:** dirigidas a bebés desde el nacimiento. En algunos casos, pueden mantenerse todo el primer año.
- **TIPO 2 O DE CONTINUACIÓN:** dirigida a bebés desde los 6 hasta los 12 meses. Si lo indica el pediatra, pueden mantenerse más tiempo en casos concretos.
- **FÓRMULAS ESPECIALES:** por prescripción del pediatra para prematuros, en caso de enfermedad por reflujo, si hay estreñimiento, cuando se tiene alergia a la proteína de leche de vaca, etcétera.

Las fórmulas infantiles para el primer año de vida están reguladas por una normativa de la Unión Europea y tienen que cumplir una serie de requisitos nutricionales comunes, además de pasar por controles muy estrictos. Es decir, en cuanto a los nutrientes básicos, son prácticamente iguales, aunque después cada laboratorio puede añadir ciertos ingredientes, no regulados, que intentan asemejarla lo máximo posible a la leche materna, lo que justificaría las diferencias entre las marcas. En resumen, al bebé se le ofrecerá la fórmula que le siente bien y le guste. A partir de los 12 meses, ya puede tomar leche de vaca entera.

Por otra parte, hay dos preparados de fórmula:

- **FÓRMULAS LÍQUIDAS:** ya reconstituidas y estériles, listas para su consumo. El principal inconveniente es su precio.
- **FÓRMULAS EN POLVO:** deben reconstituirse con agua. Son las más utilizadas por precio, disponibilidad y durabilidad. A continuación, las explicaré en detalle, ya que todas se preparan del mismo modo, independientemente de la marca.



Preparación de la toma

La fórmula infantil se fabrica en condiciones de higiene, pero no de esterilidad. Por este motivo, aunque el riesgo es muy bajo, muchas guías indican que la manera más segura de preparar los biberones es **calentando el agua**, sobre todo en bebés más vulnerables: inmunodeprimidos, prematuros o menores de 2 meses. Si no es posible, puedes saltarte los pasos 1 y 2 y preparar el biberón **con agua a temperatura ambiente y ofrecérsela de inmediato** al bebé.

Antes de empezar:

- Limpia la superficie de preparación.
- Utiliza un biberón y una tetina limpios y sin señales de desgaste.
- Lávate las manos con agua y jabón.

Instrucciones:

1. Calentar el agua hasta que empiece a hervir.

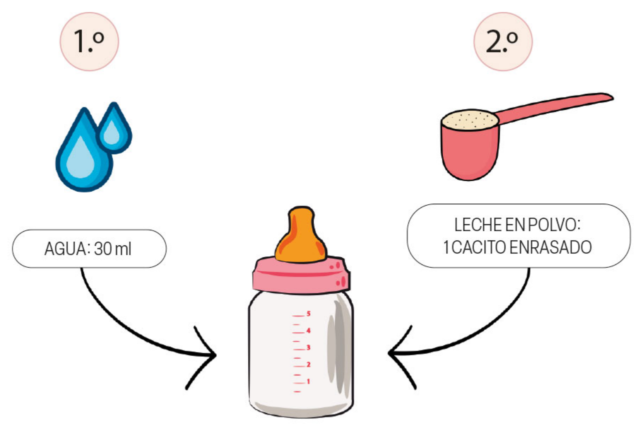
   ¿Qué agua utilizar? Se puede utilizar agua del grifo si es apta para consumo humano o agua embotellada de mineralización débil.

2. Verter el agua necesaria en el biberón y esperar brevemente a que enfríe (unos 3 minutos), a no menos de 70 °C en el momento de

prepararlo.

Añadir la leche en polvo necesaria utilizando el dosificador del envase.

Independientemente de la marca de fórmula, la proporción de agua y cacitos de leche en polvo siempre es la misma: por cada 30 ml de agua, 1 cacito enrasado de polvo. Se preparará siempre en múltiplos de 30:



Es normal que aumente ligeramente el volumen del biberón.

Cerrar el biberón y agitarlo con suavidad para que la mezcla quede homogénea y sin grumos.

Dejar enfriar hasta que alcance la temperatura deseada: debajo de un chorro de agua fría, en un recipiente con agua fría y hielo o simplemente a temperatura ambiente unos minutos.

Comprobar la temperatura antes de ofrecérsela al bebé para evitar quemaduras.

No debe guardarse la leche sobrante. La leche que el lactante no haya tomado en 2 horas debe desecharse.

¿Puedo preparar el biberón con antelación? Lo aconsejable es hacerlo en el momento o antes de que pasen 2 horas si se mantiene a temperatura ambiente. Sin embargo, se pueden preparar con antelación calentando el agua y refrigerando inmediatamente; puede conservarse en la nevera las siguientes 24 horas.

¿Y si estoy fuera de casa?

Utiliza preparaciones líquidas.

Prepara el biberón en el momento con agua a temperatura ambiente y dáselo al bebé de inmediato.

Mantén caliente el agua en un termo y añade el polvo justo antes de ofrecer la toma al bebé. No se debe llevar la mezcla ya reconstituida en un termo, pues puede contaminarse.

¿Cómo se calienta la leche al sacarla de la nevera? Como he indicado en el apartado dedicado a la lactancia materna, no es obligado calentar la leche para dársela al bebé: puede ofrecerse fría o a temperatura ambiente. Sin embargo,

si quieres hacerlo, aquí doy opciones para calentar o atemperar la leche ya reconstituida:

Bajo agua caliente.

En un recipiente con agua caliente.

Con un calientabiberones.

En microondas (con precaución).

Antes de ofrecer la leche, siempre hay que agitar el biberón con suavidad y comprobar que se encuentra a la temperatura adecuada.

CONSERVACIÓN

PREPARACIÓN CON AGUA CALIENTE

24 h en nevera.

2 h a temperatura ambiente.

PREPARACIÓN CON AGUA A TEMPERATURA AMBIENTE

Consumir en el momento.

Es recomendable desechar la leche sobrante (que el bebé ha tocado con su boca) en el momento (o máximo tras 1 hora).

La administración

Cantidades: a demanda

Para saber si hay que ofrecerle el biberón, observa las señales de hambre y saciedad del bebé que he explicado antes. Hay que alimentarlo a demanda en frecuencia y cantidad, sin horarios. No hay que esperar a que pase un tiempo determinado para darle de comer, sino hacerlo cuando tenga apetito (da igual lo que diga el reloj, no importa que la última toma haya sido hace una hora o cinco), ni tampoco forzarlo si muestra señales de no tener hambre. Las cantidades que indican en los botes de fórmula son orientaciones, no obligaciones.

¿Cuándo se aumenta la cantidad? Cuando el bebé se termina el biberón y sigue mostrando señales de hambre, hay que preparar más fórmula. Al principio, será alguna toma aislada y, poco a poco, irán aumentando las demás.

Alimentación

A la hora de alimentar con fórmula infantil (o leche materna extraída), se recomienda reproducir las condiciones del amamantamiento:

Mantener contacto piel con piel.

Que la alimentación se lleve a cabo por las mínimas personas posibles.

Que sea un momento íntimo y de conexión, de miradas, de caricias, de susurros... para establecer el vínculo afectivo.

Ir alternando de lado al bebé, igual que si se estuviera cambiando de pecho.

En lactancia mixta, ofrecer siempre el pecho primero y finalizar con él.

Valorar los diferentes métodos para dar la fórmula (vasito, dedo-jeringa…).

Seguir el método Kassing si se utiliza biberón.

MÉTODO KASSING

Cuando se ofrece el biberón en posición cuna (tumbado), el bebé recibe un flujo elevado de leche sin ningún esfuerzo debido a la gravedad, lo que puede dar lugar a que se lo sobrealimente. Con este método, la alimentación con biberón es más fisiológica:

- Reproduce las condiciones de amamantamiento (fuerza y agarre) y favorece el desarrollo orofacial.
- Evita la sobrealimentación, ya que el bebé regula su ingesta (tanto el flujo como la cantidad) en función de sus necesidades.
- Evita la confusión entre tetina y pezón en caso de suplementos, lactancia mixta o separación de la madre.

La **tetina** debe simular el pezón materno; es decir, debe ser larga y redonda, de base ancha, de silicona (más flexible) y de flujo lento.

LA TÉCNICA



El biberón

Mantener una adecuada higiene del biberón es importante, pero es suficiente con agua y jabón, como el resto de la vajilla (a mano o a máquina), asegurándose de que no queden restos de leche. Después, debe dejarse secar al aire y guardar en un lugar limpio y seco. Bastará con esterilizar los biberones y tetinas solo antes del primer uso.

El biberón ha de utilizarse solo para leche. Y, en todo caso, para darle agua al bebé a partir de los 6 meses. Es muy frecuente que el biberón se emplee para

dar otros líquidos (infusiones, zumos) y semisólidos (cereales), pero resulta contraproducente, ya que aumenta el riesgo de caries, altera la predisposición a sabores, desplaza el alimento principal (la leche) porque sacia al bebé y favorece el sobrepeso y la obesidad.

El uso del biberón no es obligado. Tanto la leche como el agua (a partir de los 6 meses) se puede ofrecer en vaso abierto directamente, cosa que recomiendo sobre todo con el inicio de la alimentación complementaria.

Se recomienda retirar el biberón alrededor del año y no más tarde de los 18-24 meses, pues su uso prolongado perjudica el desarrollo orofacial y del lenguaje del bebé, aumenta el riesgo de caries y favorece la sobrealimentación.

Como imaginarás, en la consulta veo todo tipo de lactancias: familias que quieren alimentar a su bebé con leche materna y otras que optan desde el inicio por una lactancia artificial. Veo lactancias maternas que van viento en popa desde el primer día y otras que, por varios motivos, cuestan y requieren persistencia y mayor sacrificio. Los inicios pueden ser agotadores, con tomas muy frecuentes y largas o una necesidad constante de contacto con la mamá; una madre que, de una forma u otra, está recuperándose del parto, está viviendo un posparto y está física y mentalmente agotada. Poco a poco, se consigue disfrutar de la lactancia, pero hay que prepararse…: ¡érase un bebé pegado a una teta!

Mi objetivo siempre es que la lactancia sea satisfactoria, tanto para la mamá como para el bebé, por eso siempre animo a pedir ayuda si se necesita. Si, a pesar del esfuerzo y la constancia, la lactancia no acaba siendo como pensabas, o si desde el primer momento tenías claro que la alimentación de tu bebé sería mediante fórmula, también está bien. Ya te darás cuenta de que la crianza y la maternidad/paternidad no es más que un continuo aprendizaje y reajuste entre lo que se creía que pasaría y lo que pasa realmente. Es la vida misma, y hay que saber adaptarse y disfrutar.

Hay quien ya me conocía antes de leer este libro, pero es posible que a ti te resulte una completa desconocida. Soy mamá desde hace dos años y medio, el mismo tiempo que llevo de lactancia con mi hija. Mentiría si dijera que no hemos tenido baches. Ser pediatra no me supuso ninguna ventaja: al principio, tuve grietas dolorosas y hemos vivido crisis de lactancia, crisis de apego con demanda extenuante, además de oír todo tipo de opiniones respecto a que amamantase a una niña *tan mayor*… A pesar de ello, pasadas las dificultades y superados estos sentimientos de querer y no querer, nos hemos ido adaptando mutuamente. Y las miradas, sonrisas y momentos maravillosos vividos han hecho que nuestra lactancia haya sido mágica. Y digo «haya sido» porque estamos en una etapa de transición: con la dulce espera del nuevo bebé, parece que es hora de decir adiós a estos momentos de complicidad y de unión. Poco a poco, sin prisas, atendiendo a las necesidades de cariño en todo

momento… y también con nostalgia, mucha nostalgia, y alguna que otra lágrima por mi parte (de hecho, más que por la suya). Porque decir adiós tampoco es fácil, pero seguro que otra maravillosa etapa está por llegar.

3. ¡A COMER! Guía de alimentación infantil

La alimentación es uno de los pilares más importantes de la salud, y más aún en la infancia. El inicio de la alimentación complementaria es un periodo que, aunque se espera con muchísima ilusión, llega acompañado de dudas. Las recomendaciones cambian a pasos de gigante, se oyen consejos contradictorios… ¡Menudo lío! Y no me extraña. En este capítulo espero ayudarte y solucionar tus dudas, porque, aunque no lo parezca, es mucho más fácil de lo que imaginas. Solo hay que tener claras unas pautas generales, dejarse llevar y disfrutar.

ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

Llamamos *alimentación complementaria* a los alimentos distintos a la leche, tanto materna como de fórmula infantil, que se van introduciendo en la dieta del bebé para hacer progresivamente una transición a la familiar. Este periodo, como bien dice su nombre, **complementa**, **no sustituye a la leche**. Es importante recordarlo hasta el primer cumpleaños, ya que la leche sigue siendo el alimento principal del niño, su fuente nutricional, y ha de priorizarse siempre que sea posible.

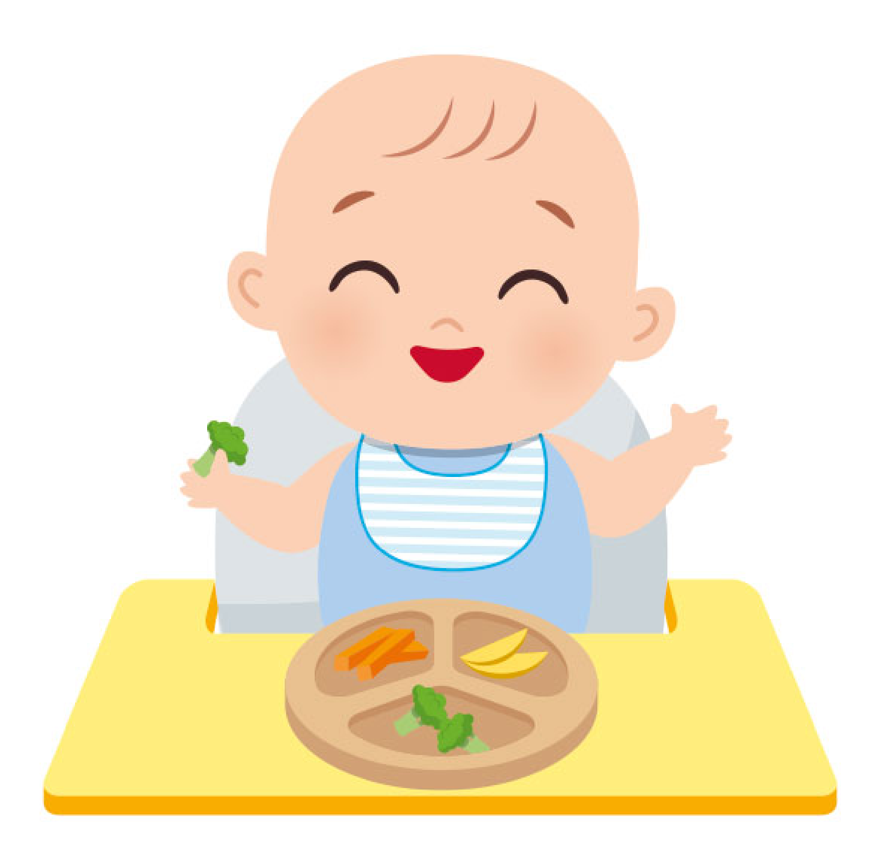
La alimentación complementaria forma parte de los 1.000 primeros días del bebé y tiene gran impacto en su salud futura. No solamente cumple una **función nutricional**, sino que es un periodo de **aprendizaje** en el que el bebé descubrirá qué alimentos van a formar parte de su alimentación, establecerá una relación positiva con la comida y aprenderá hábitos saludables que perdurarán en el tiempo. Y no hay que olvidar el **papel social** de la comida en nuestra cultura, pues una gran parte del tiempo que tenemos para relacionarnos tiene lugar en torno a la mesa.

¿Cuándo empezar?

Hasta los 6 meses, la leche materna o las fórmulas infantiles cubren las necesidades energéticas y nutricionales del bebé para asegurar su adecuado crecimiento. A partir de entonces aumentan los requerimientos de ciertos micronutrientes, por lo que será el momento de incorporar otros alimentos.

Además, el organismo necesita de una maduración renal, gastrointestinal, inmunológica y neurológica para procesar otros alimentos. Por este motivo, es adecuado esperar a que el bebé cumpla una serie de requisitos que indiquen que está preparado para iniciar la alimentación complementaria de manera segura:

REQUISITOS



Tiene alrededor de 6 meses:

Coordina ojo-mano-boca: es capaz de coger comida y llevársela a la boca.

Se mantiene sentado estable con apoyo mínimo sin perder el equilibrio.

Ya no presenta el reflejo de extrusión: mecanismo de protección que empuja hacia fuera instintivamente el alimento con la lengua.

Muestra interés por comer.

Cada niño adquirirá estos hitos a su debido tiempo, aunque suele ocurrir alrededor de los 6 meses. La introducción precoz de la alimentación complementaria no solo carece de beneficios en comparación con la lactancia exclusiva, sino que en ocasiones puede ser contraproducente. En cualquier caso, aunque lo adecuado y deseable es esperar hasta los 6 meses, independientemente del tipo de lactancia, no se recomienda nunca antes de las 17 semanas (4 meses) por los potenciales riesgos a corto y largo plazo.

En resumen, sabrás cuándo está listo tu bebé dejándolo participar en las comidas familiares y observándolo. Pregúntate: ¿tiene alrededor de 6 meses y está listo para comer? ¡Adelante, dale la bienvenida a esta nueva aventura! ¿Todavía no está preparado? No pasa nada, cada niño consigue los hitos a su tiempo, algunos necesitan unas semanas más. No obstante, tampoco se

recomienda retrasar la alimentación complementaria más allá de las 26 semanas (7 meses), por lo que, si es el caso, te recomiendo consultar con el pediatra para un asesoramiento individualizado, así como si se trata de un bebé prematuro.

¿Qué importancia tiene la lactancia en esta etapa?

Hasta el primer cumpleaños del niño, la leche va a ser su alimento principal, por lo que hay que mantener la lactancia a demanda y como fuente nutricional principal. Siempre que sea posible, hay que ofrecer primero la leche y, posteriormente, de manera paulatina y como complemento, los demás alimentos, pero sin sustituir las tomas de leche. Será el propio bebé quien, a medida que vaya creciendo y aumente su interés por los alimentos, reduzca las tomas de leche de manera natural. ¿Sabías que el segundo año de vida la leche todavía cubre un tercio de las necesidades energéticas del bebé?

Asegurar un mínimo de 4-5 tomas de lactancia materna o 280-500 ml de fórmula infantil el primer año.

Sin embargo, como todo en la medicina, no hay una única fórmula, sino que los consejos deben ser individuales. Por ejemplo, en consulta veo bebés que, a pesar de avanzar las semanas y meses, siguen con una alimentación exclusivamente láctea o bebés que tienen tanto interés por comer que rechazan por completo la leche. Tu pediatra te aconsejará lo mejor para tu hijo.

¡Llega la hora de conocer los alimentos!

Una de las dudas frecuentes en consulta es con qué alimento empezar. ¿Le doy cereales sin gluten? ¿Cuáles son los alimentos más alergénicos? ¿Puede comer fresas?, ¿y pescado?

Hace no muchos años, dábamos unas hojas en consulta con un orden muy estricto de introducción de alimentos, pero han quedado obsoletas y deberían desterrarse. Actualmente no existen normas rígidas al respecto y son pocos los alimentos que no pueden comerse desde los 6 meses, por lo que tú decidirás el calendario en función de tus preferencias y costumbres, recordando que hay que dar alimentos saludables y nutritivos, siempre en un formato adecuado para el bebé. Aunque no haya orden establecido, recomiendo ir rotando los grupos de alimentos para evitar déficits y priorizar aquellos ricos en hierro y zinc, así como los que favorezcan su absorción.

¿Y los alimentos más alergénicos? ¡También! La tendencia hace unos años era retrasar su incorporación, pero hoy en día la evidencia indica que esta actitud aumenta el riesgo de alergia, incluso algunos estudios sostienen que la introducción precoz de alimentos alergénicos podría prevenir su aparición. Por tanto, se pueden introducir desde los 6 meses, como los demás alimentos (salvo la leche de vaca, que debe evitarse antes del año por motivos nutricionales y de seguridad).

Las alergias pueden aparecer en cualquier etapa de la vida, y cualquier alimento es susceptible de provocar una reacción alérgica, aunque depende de la edad, localización geográfica y hábitos alimentarios. Por este motivo,

cuando hablo de **alimentos potencialmente alergénicos**, me refiero a un grupo limitado de ellos que provocan alrededor del 90 % de las reacciones alérgicas en la etapa en la que te encuentras:

- Leche de vaca.
- Huevo.
- Gluten (trigo, centeno y cebada).
- Mariscos.
- Frutos secos (incluido el cacahuete).
- Soja.
- Pescados.

¿Qué alimentos se deben evitar antes del año? Más fácil que aprenderse los alimentos que se pueden introducir en esta edad, recomiendo que recuerdes los que no se deben comer, bien porque no son nutricionalmente adecuados, bien por seguridad. En las págs. 103-105, explicaré cuándo puede introducirse cada uno de ellos:

ALIMENTOS QUE EVITAR ANTES DEL AÑO



AZÚCAR Y EQUIVALENTES, ASÍ COMO PRODUCTOS QUE LO CONTENGAN.



SAL, ASÍ COMO PRODUCTOS QUE LA CONTENGAN.



PESCADOS DE GRAN TAMAÑO: PEZ ESPADA O EMPERADOR, ATÚN ROJO, LUCIO Y ESPECIES DE TIBURÓN.
CABEZA DE MARISCO (GAMBAS, LANGOSTINOS Y CIGALAS) Y CUERPO DE CRUSTÁCEOS.



VERDURAS DE HOJA VERDE (ACELGAS, ESPINACAS, BORRAJA).



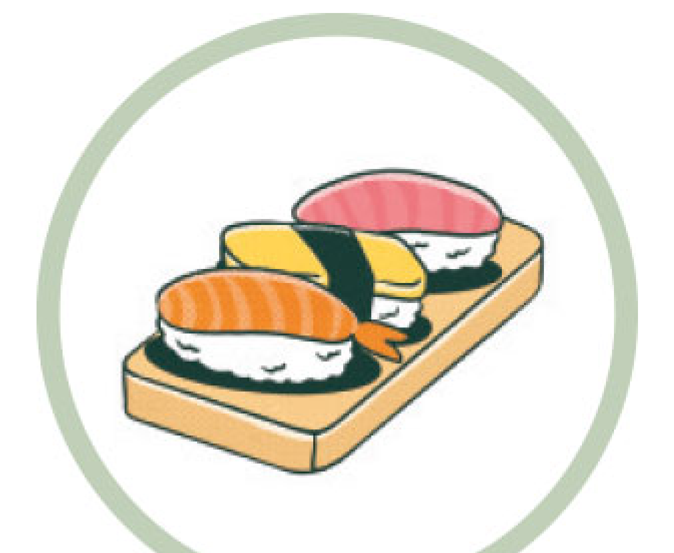
MIEL.



ALGAS.
CARNES DE CAZA.
TORTITAS, BEBIDAS Y HARINAS DE ARROZ.



LÁCTEOS NO MODIFICADOS, SALVO DERIVADOS LÁCTEOS OCASIONALES DESDE LOS 9-10 MESES.



CARNE, HUEVO O PESCADO POCO COCINADOS O CRUDOS.



ULTRAPROCESADOS Y ALIMENTOS SUPERFLUOS.



INFUSIONES.

ZUMOS.

ALCOHOL PARA COCINAR.

¿Cómo?

No hay consenso acerca del intervalo ideal de introducción de alimentos ni se ha determinado el momento óptimo para hacerlo. Por tanto, no hay recomendaciones unánimes, sino que cada profesional puede dar unas pautas. Por lo general, se recomienda introducir cada alimento de **manera progresiva e individual**, **de uno en uno**, con el objetivo de observar su aceptación y tolerancia, así como detectar si aparecen reacciones alérgicas. En lo que sí

coinciden las guías es en **introducir los alimentos potencialmente alergénicos en intervalos de tiempo más largos**; por ejemplo, sería razonable hacerlo durante 3 días, no necesariamente consecutivos, sin dar ningún otro alimento que el bebé no haya probado antes. Los demás alimentos, por tanto, se podrían introducir en menos tiempo; por ejemplo, uno nuevo cada día.

Se recomienda empezar con **pequeñas cantidades y aumentar progresivamente**, así como hacerlo durante la **primera mitad del día**, y no cuando el bebé vaya a dormir inmediatamente después de comer. Una vez introducidos los alimentos, aquellos tolerados se pueden seguir ofreciendo como parte del menú semanal, que cada vez será más completo y, poco a poco, se adaptará a tu menú diario.

Cuánta cantidad y cuántas veces al día

No hay una cantidad prefijada. El bebé tiene una sensación innata de hambre y de saciedad, que se debe respetar sin forzar. Cuidado con las expectativas, pues probablemente al principio comerá poco o nada. Es un proceso gradual y requiere de una fase previa de experimentación y aprendizaje: empezará mirando, tocando, chupando, jugando, lanzando al suelo…, hasta que empiece a llevársela a la boca. De manera progresiva, conforme crezca y tenga mayor interés, su alimentación se irá diversificando y las tomas de leche se irán reduciendo naturalmente.

Tampoco hay normas rígidas en relación con el número de veces que se debe ofrecer la comida ni su distribución. Es recomendable incorporar los alimentos progresivamente y distribuirlos en función de cada bebé y cada familia, priorizando el comer en familia siempre que se pueda. Más que establecer horarios estrictos, al principio hay que observar al bebé, su interés y su predisposición en cada momento del día (ha de estar receptivo y no muy cansado) para conocer cuáles son los momentos óptimos para darle de comer. Poco a poco, los horarios se volverán más regulares.

Como orientación:

6-8 MESES: 2-3 comidas (empezar poco a poco).

9-12 MESES: 3-4 comidas.

¿Y la cena? No hay edad concreta para iniciar las cenas. El momento será cuando el bebé esté receptivo. Por experiencia, suelen empezar sobre los 9 meses, ¡pero no hay inconveniente en hacerlo antes!

No es tan importante qué y cuánto come, sino cómo y con quién.

Que tu hijo adquiera unos hábitos saludables dependerá de los tuyos, así como de tu actitud durante la comida. Es la alimentación perceptiva, en la que se cuida el componente social y emocional y se respeta el apetito del niño, con aprendizaje y disfrute.

CUIDA EL ENTORNO. La comida debe ser distendida, divertida y agradable.

RESPETA SU RITMO. Evita el estrés y las prisas.

SÉ EJEMPLO. Desde el principio come con él y el mismo menú.

PON A SU ALCANCE VARIEDAD DE ALIMENTOS SALUDABLES.

NO PREFIJES UNA CANTIDAD. Deja que coma en función de su apetito, **sin forzar**, **presionar ni comparar** con otros niños.

MANTÉN UNA ACTITUD NEUTRA EN LAS COMIDAS. Es bueno alabar sus esfuerzos, pero no celebrar que coma ni enfadarse cuando no lo haga. Los alimentos no son premios ni castigos, ni deben usarse como chantaje o consuelo.

ESTABLECE POCO A POCO RUTINAS Y HORARIOS, sobre todo a partir del año, y evita que picotee entre horas.

PERMITE QUE PARTICIPE, EXPERIMENTE Y DISFRUTE. Los niños aprenden jugando, es su forma de conocer el mundo, ¡no lo impidas!

DÉJALE PROBAR LA COMIDA DE TU PLATO. Aunque sea lo mismo, ¡a veces les interesa más!

PON POCA CANTIDAD EN SU PLATO y añade a medida que la vaya acabando.

VARÍA LAS ELABORACIONES (diferentes cocciones, tamaños, formas…) y prepara platos atractivos. ¡También se come con la vista!

HAZLO PARTÍCIPE. Involúcralo en la elección del menú, en hacer la compra y en la preparación de la comida.

EXPONLO REGULARMENTE A LOS ALIMENTOS, aunque los rechace. A veces, precisa de 15-20 exposiciones al alimento hasta que lo acepta. ¡En la repetición y la persistencia está el secreto!

OFRÉCELE VARIEDAD DE ALIMENTOS EN SU FORMATO NATURAL ANTES DE LOS 8-9 MESES, aprovechando su inmensa curiosidad en este periodo: puedes mezclar los que le gustan con los que no. Retrasar esto aumentará el rechazo a probar nuevos alimentos.

NO LO ENGAÑES, COACCIONES O DISTRAIGAS para que coma. No utilices pantallas durante la comida.

NO LE OFREZCAS COMIDAS ALTERNATIVAS, y menos aún productos malsanos, para que coma algo.

Tu papel: decidir el menú, dónde y cuándo comerá. Tu bebé decidirá si quiere comer, qué alimentos y cuánta cantidad.

¿En triturado o a trocitos?

Como siempre explico a las familias que vienen a mi consulta, en la vida las cosas no son blancas o negras, tampoco la maternidad, y menos la alimentación infantil. Puedes iniciar la alimentación complementaria con trocitos, triturados o combinando. No es necesario que te ciñas a un método, sino buscar el punto adecuado en la escala de grises, el que se adapte a tu situación familiar y a tu bebé.

Hay familias que al principio no quieren ofrecer trocitos, pero el bebé rechaza

todo alimento que le den con cuchara, y sin embargo tiene un tremendo interés por los alimentos sólidos. A estas familias las animo a adaptarse a ese interés de su hijo. Y lo mismo al revés. Por ello, independientemente del formato que tengas en mente, aprende de ambos, sé flexible y amóldate a tu hijo.

Baby-led weaning (BLW)

Es la alimentación regulada y dirigida por el bebé. Con este método, será él mismo, a partir de los 6 meses, quien coma por sí solo llevándose a la boca alimentos enteros, adaptados a su desarrollo y a sus habilidades, en lugar de recibirlos triturados con cuchara. El bebé está integrado en la mesa familiar desde el principio y toma la misma comida que los demás, saludable, aunque adaptada en cuanto a su consistencia y forma. Comerá acompañado, pero lo hará bajo su control y se alimentará de forma activa y consciente, por lo que se respetan sus ritmos y se evita la sobrealimentación.

La incorporación individual de cada alimento en su formato original brinda la oportunidad al bebé, mediante el juego, de conocer aquellos que formarán parte de su dieta (su textura, olor, color y sabor) de manera natural y divertida. Se ha comprobado que tener una relación saludable y positiva con la comida favorece a largo plazo la aceptación de mayor variedad de alimentos y el desarrollo de buenos hábitos. Este método también potencia la estimulación sensorial, trabaja la psicomotricidad y favorece el desarrollo orofacial, y por tanto el habla y la masticación.

Los alimentos se ofrecerán principalmente en formato sólido, ya que al bebé le resultará más fácil agarrarlos. Sin embargo, se permite todo tipo de texturas y, si la familia va a comer un día un plato de cuchara, el bebé también puede y debe hacerlo.

Sin embargo, todavía hay quien ve inconvenientes y es reticente a adoptar este método, pues por desconocimiento se lo considera peligroso (por el riesgo de asfixia) y causante de problemas nutricionales (déficit de peso, anemia…). Aunque estos son los principales temores, la evidencia los descarta, pues no existen diferencias entre los bebés que siguen este método y aquellos alimentados con triturados si se siguen ciertas recomendaciones (recogidas en el método BLISS o BLW modificado, que explicaré a continuación).*

* Debe individualizarse en niños prematuros, con fallo de medro, con problemas neurológicos y motores o con necesidades especiales.

Prevención de atragantamiento:

- Esperar a que el bebé tenga 6 meses y cumpla los requisitos motores.
- Supervisarlo, no dejarle comer solo.
- Sentarlo correctamente, ni tumbado ni reclinado.
- No introducir los alimentos en su boca.
- Buscar un buen momento: el bebé ha de estar tranquilo y receptivo, no cansado ni hambriento.
- Evitar distracciones (pantallas, juguetes…).

Formarse en primeros auxilios, independientemente del método de alimentación por el que se decida empezar.

Evitar aquellos alimentos con riesgo de asfixia o adaptarlos al menos hasta los 4-5 años. Comprobar los alimentos antes de ofrecerlos: que estén en forma, textura y tamaño adecuado. Inicialmente más grandes que su puño (o en bastones) y blandos (puedes comprobarlo presionando el alimento con tus dedos). Poco a poco podrán ofrecerse texturas más complejas y alimentos más pequeños.

Algunos alimentos con riesgo de atragantamiento:

Esféricos: uvas, cherry, cerezas, aceitunas.

En forma de moneda: salchicha y zanahoria en rodajas.

Con hueso.

Duros: frutos secos enteros, semillas grandes, vegetales duros o crudos.

Chicles, palomitas, caramelos, golosinas.






¡No hacen falta dientes para comer a bocados!

Prevención de deficiencias nutricionales:

En cada comida principal, ha de haber alimentos ricos en hierro y energéticos, bien por separado, bien integrados en el menú.

IDEA DE PLATO HASTA LOS 3 AÑOS

Un alimento energético:
cereales, tubérculos, legumbres, grasas (AOVE), frutas y hortalizas de alta energía (aguacate, plátano, calabaza), huevo.

Una fruta y/o verdura.

Un alimento rico en hierro:
carne, pescado, marisco, huevo, hortalizas, cereales integrales, legumbres, semillas.

Triturados

Es el método utilizado por muchas familias para comenzar con la alimentación complementaria y consiste en dar de comer al bebé con cuchara. Tradicionalmente, alimentamos a un bebé de forma pasiva, sin que participe: no come a la vez que el resto de la familia e incluso se lo fuerza a acabar el plato por la creencia de que debe tomarse una cantidad determinada de puré, un puré que suele ser homogéneo, sin variedad de sabores, texturas ni colores. Además, es costumbre empezar mucho antes de los 6 meses y la alimentación puede convertirse en sustitutiva en vez de ser complementaria.

Sin embargo, los triturados pueden darse de manera diferente, respetando y favoreciendo el desarrollo del bebé. Aquí doy unos consejos para ello:

Espera a que el bebé tenga alrededor de 6 meses y consiga los hitos de desarrollo.

No sustituyas las tomas de leche por puré.

Comed en familia, todos al mismo tiempo.

No tritures completamente el puré. Mejor que tenga diferentes texturas, que sea grumoso, aplastado, semilíquido…, e incluso que ciertos alimentos estén en formato natural, como el arroz, lentejas, gachas de avena, etcétera.

Permite que el niño participe y experimente con la comida.

¡Aprende jugando!

Varía las características de los triturados: no uses siempre múltiples alimentos juntos, sino también por separado para que el bebé los conozca individualmente e intenta variar sus características (con diferentes sabores, colores y texturas).

Respeta las señales de hambre y saciedad, sin forzar al bebé.

No pongas comida en el biberón, pues favorece la sobrealimentación y, por tanto, el sobrepeso y la obesidad, así como las caries.

Prepara la comida en casa, evitando siempre que sea posible los potitos del supermercado.

Haz la transición a sólidos cuanto antes, aumentando la consistencia de los triturados y comenzando con texturas semisólidas y sólidas no más tarde de los 8-10 meses, aprovechando la ventana de curiosidad de esta etapa.

CREMA → PURÉ TRITURADO → GRUMOS → APLASTADO → TROZOS

Lo más habitual es combinar ambos métodos y dar tanto triturados como trocitos a lo largo del día.

TU BEBÉ SE HACE MAYOR: ALIMENTACIÓN A PARTIR DEL AÑO

Después de los primeros meses introduciendo alimentos, es hora de que el bebé se incorpore a la mesa familiar y coma lo mismo que los demás (si no lo ha hecho antes). No obstante, que cumpla un año no implica que pueda comer de todo, aunque, tal y como veo en consulta, es habitual que las familias se relajen con los hábitos de alimentación a partir de esta edad. Lo ideal es seguir estas recomendaciones:

Basar la alimentación del niño en:

Vegetales: consumir prioritariamente frutas, hortalizas, legumbres, cereales, frutos secos, aceite de oliva virgen.

Alimentos animales no procesados: carnes, pescados, huevos, lácteos.

Agua, para beber.

Incluir al niño en la comida familiar: comer todos juntos y el mismo menú (¡que sea saludable!).

Seguir horarios regulares, con 3-4 comidas y 1-2 tentempiés.

Sustituir biberón por vaso.

Ofrecer alimentos sólidos si no se ha hecho antes.

Fomentar la autonomía del bebé: que coma solo, inicialmente con la mano y, después, con cubiertos.

Cuidar el ambiente.

Tener en cuenta que el apetito es errático y puede haber periodos en los que disminuya la ingesta y cambien las preferencias alimentarias.

Considerar los lácteos un alimento más.

Seguir evitando o limitando ciertos alimentos.

Qué alimentos se pueden ofrecer según la edad:

A PARTIR DE LOS 6 MESES:

Frutas.

Mariscos (excepto cabezas de marisco y cuerpo de crustáceos).

Cereales con y sin gluten.

Pescados (excepto grandes con alto contenido en mercurio, y congelar previamente).

Hortalizas (excepto espinacas, acelgas y borraja).

Legumbres.

Huevos.

Carnes.

Frutos secos (molidos, en crema... no enteros).

Aceite de oliva.

Especias.

A PARTIR DE 9-10 MESES:

Pequeñas cantidades de derivados lácteos (queso y yogur).

A PARTIR DE 12 MESES:

Leche de vaca o cabra entera y mayor cantidad de derivados lácteos.

Acelgas y espinacas (máximo 45 gr/día entre 1 y 3 años).

Sal (mejor >2 años, no abusar).*

Miel.*

Zumos naturales.*

A PARTIR DE LOS 2 AÑOS:

Azúcar, equivalentes y productos que lo contengan.*

Alimentos superfluos y ultraprocesados.*

A PARTIR DE LOS 3 AÑOS:

Borraja.

Infusiones.*

Cabeza de marisco y cuerpo de crustáceos, así como sus caldos.*

A PARTIR DE LOS 6 AÑOS:

Tortitas, bebidas y harinas de arroz.

A PARTIR DE LOS 7 AÑOS:

Carne de animales cazados con munición de plomo.

A PARTIR DE LOS 10 AÑOS:

Pescados grandes (con alto contenido en mercurio): limitar entre los 10-14 años a 120 gr/mes.

Evitar durante toda la infancia:

Pez mantequilla o escolar.

Café, té y bebidas energéticas.

Algas marinas.

Alcohol para cocinar.

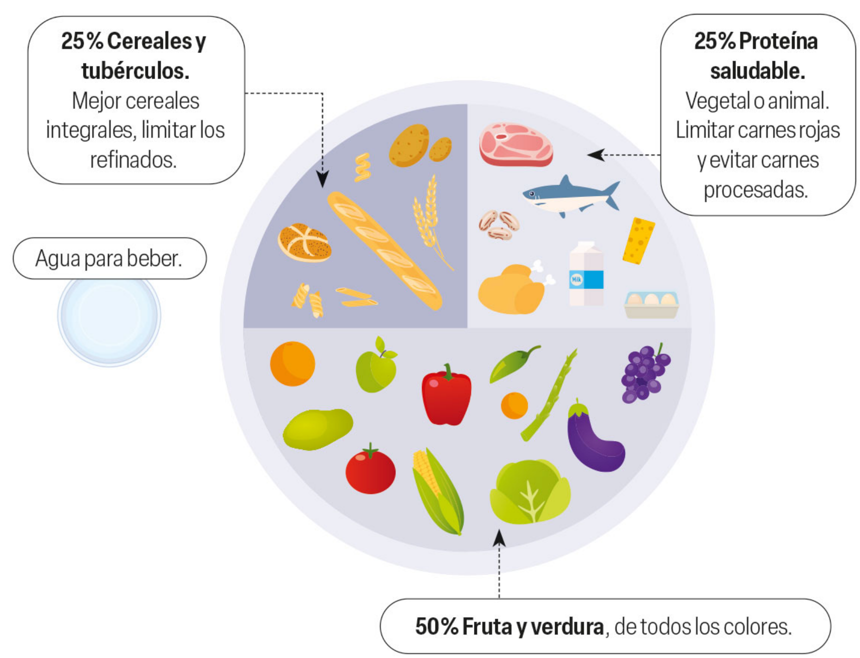
Huevo, carne y pescado poco cocinados (en todo caso, no antes de

los 3-5 años).

* Cuanto más tarde, menor cantidad y esporádico, mejor.

PLATO SALUDABLE DE HARVARD

Este método sirve como orientación sobre la distribución de los diferentes grupos de alimentos en las comidas principales.



Limitar proteína animal
Limitar carnes rojas y evitar carnes procesadas.
Evitar ultraprocesados y alimentos malsanos.
Limitar lácteos a 2-3 raciones/día.
Practicar ejercicio físico.

CUÁNDO Y CÓMO OFRECER CADA ALIMENTO

GRUPO DE ALIMENTOS	FRECUENCIA DE CONSUMO
Fruta fresca	3 veces al día. Mejor entera, no en zumo.
Hortalizas y verduras	2 veces al día, en comidas principales.
Farináceos (cereales y tubérculos)	En cada comida.
Lácteos	2-3 veces al día (<500 ml/día).
Frutos secos (crudos o tostados)	3-7 puñados a la semana.
Alimentos proteicos: **Legumbres (y marisco)** **Huevo** **Pescado** **Carne**	Máximo 2 veces al día, alternando. 3-4 veces a la semana (sin límite). 3-4 veces a la semana. 2-3 veces a la semana. <3-4 veces a la semana. Carne roja <2 veces a la semana.
Agua	En función de la sed.
Aceite de oliva virgen extra	Para cocinar y aliñar.
Alimentos ultraprocesados	Cuanto menos, mejor.

DUDAS HABITUALES EN CONSULTA

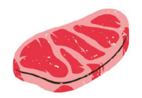
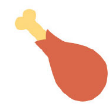
¿Qué importancia tiene el hierro en la alimentación infantil?

El déficit de hierro (o ferropenia) es el trastorno nutricional más frecuente en la infancia y puede dar lugar a una anemia si se mantiene en el tiempo y afectar al crecimiento del niño y a su desarrollo. La causa más frecuente de déficit de hierro es un aporte insuficiente en la dieta.

La mayoría de los bebés sanos nacen con unos depósitos de hierro adecuados para cubrir sus necesidades durante los primeros 6 meses de vida. Además, la leche materna contiene hierro con muy buena absorción y las fórmulas infantiles están suplementadas con hierro.

Sin embargo, a medida que avanzan los meses, estas reservas de hierro van disminuyendo. Asimismo, las necesidades de hierro aumentan debido al alto ritmo de crecimiento, motivo por el que son especialmente vulnerables los bebés de entre 6 meses y 2 años. Otra etapa de mayor riesgo es la adolescencia, en la que se da un mayor crecimiento y desarrollo corporal, a lo que se suman las pérdidas menstruales en el caso de las mujeres.

- **HIERRO HEMO:origen animal** (carne, pescado, moluscos y mariscos).

- **HIERRO NO HEMO:origen vegetal** (legumbres, cereales integrales, vegetales, hortalizas, frutas, frutos secos) y **yema de huevo**.

Consejos:

- Mantener la lactancia exclusiva hasta los 6 meses.
- En bebé no amamantado, asegurar fórmula fortificada con hierro a partir de los 6 meses.
- Iniciar la alimentación complementaria alrededor de los 6 meses y no retrasarla más allá de los 7, introduciendo de manera precoz alimentos ricos en hierro y vitamina C.
- Ofrecer alimentos ricos en hierro en todas las comidas principales como mínimo 2 veces al día.
- Consumir los alimentos que aumenten la absorción del hierro gracias a sus vitaminas y la fructosa: frutas (¡cítricos!), verduras y hortalizas.

¡El mejor postre es la fruta!

- Combinar hierro no hemo (peor absorción) y hemo (mejor absorción).

Limitar los lácteos no modificados (se excluye la leche materna o fórmula infantil):

- Separar los lácteos de las comidas principales (no lácteos de postre).
- No dar leche de vaca antes del año.
- Por encima del año, limitar la ingesta de lácteos a un máximo de 500 ml al día.

¿Cuánta proteína debo darle a mi hijo?

La ingesta diaria de proteína (vegetales y animales) es esencial para un correcto crecimiento, pero es suficiente con ofrecerla una vez al día. Se recomienda alternar el origen de la proteína: recordemos que no hay límite en el consumo de proteína vegetal, pero es aconsejable limitar la de origen animal, ya que su exceso se relaciona con mayores tasas de sobrepeso, obesidad y enfermedades cardiovasculares.

PROTEÍNA ANIMAL: carne, pescado, huevo.

PROTEÍNA VEGETAL: legumbres, cereales, verduras, hortalizas, fruta, frutos secos, semillas.

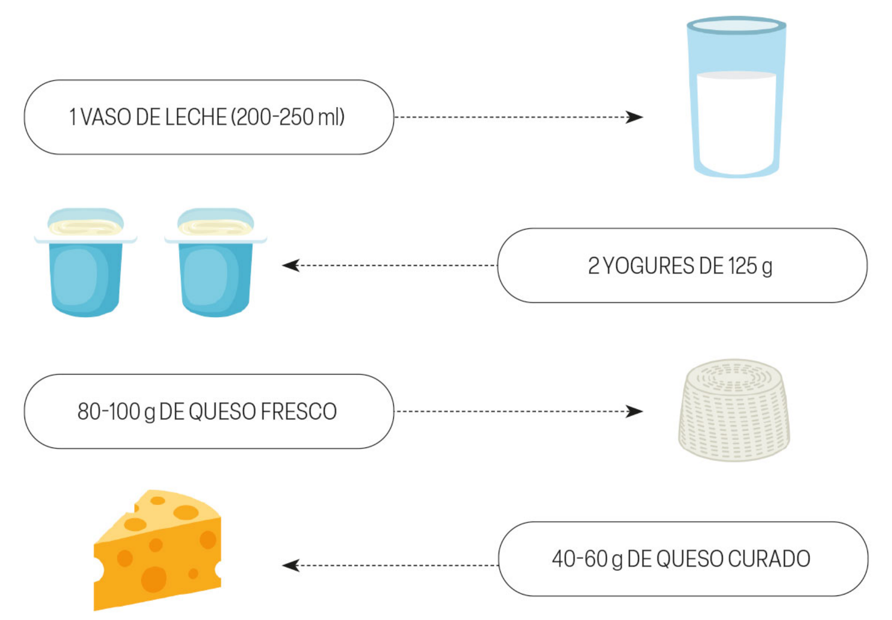
Aunque las guías recomiendan unas cantidades máximas diarias (30-35 gr de carne o pescado o un huevo), te recomiendo ante todo sentido común. Planifica el menú diario, observa cuándo le das proteína animal y alterna con proteína vegetal. Y si un día te excedes, puedes compensarlo los siguientes.

¿QUÉ LÁCTEOS LE DOY? ¿Y CUÁNTA CANTIDAD?

0 A 6 MESES	EXCLUSIVAMENTE.
Lactancia materna, de elección. Fórmula infantil: Tipo 1 o de inicio. A demanda.	
6 A 12 MESES	ALIMENTO PRINCIPAL, COMPLEMENTADO CON OTROS.
Lactancia materna, de elección. Mínimo 4-5 tomas/día. Fórmula infantil: Tipo 1 o de inicio, con aporte de hierro mínimo 0,7 mg/100 ml o 7 mg/L. Tipo 2 o de continuación. Desde los 9-10 meses, puede tomar derivados lácteos en pequeña cantidad y ocasionalmente; no son imprescindibles. Mínimo 280-500 ml/día. A demanda.	
A PARTIR DEL AÑO	EN CONTEXTO DE UNA DIETA VARIADA Y EQUILIBRADA.
Lactancia materna, de elección. Con 4-5 tomas, no precisa de otros lácteos. Lactancia artificial o bebés con reducción de tomas de lactancia materna: Leche entera en niños con una alimentación variada, equilibrada y	

adecuada. Derivados lácteos en mayor cantidad. 2-3 raciones/día, sin superar los 500 ml de leche.	

Una ración de lácteos =



A partir del año, el abuso de lácteos aporta un exceso de energía y proteínas (relacionado con sobrepeso, obesidad y otras enfermedades), desplaza el consumo de otros alimentos importantes, favorece el estreñimiento y dificulta la absorción del hierro.

¿Qué lácteos puedo darle?

Queso pasteurizado, con bajo contenido en sal y grasa.

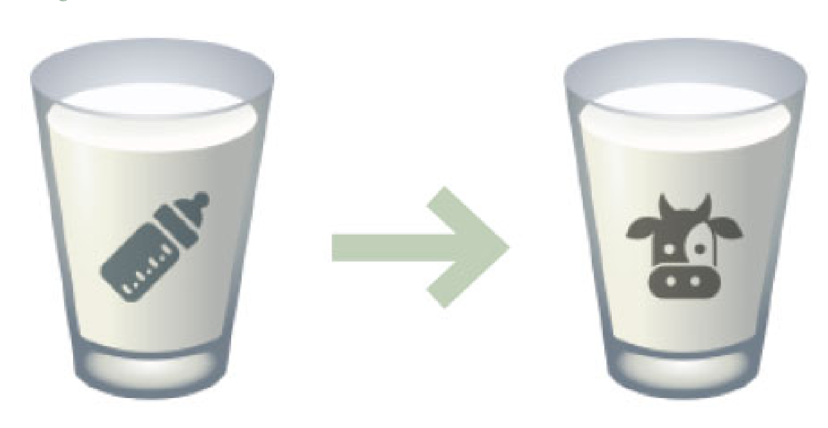
Yogur blanco natural sin azúcar ni edulcorantes. Evitar los yogures de sabores y otros postres lácteos azucarados.

Leche (de vaca, cabra, oveja…) pasteurizada y entera. Su grasa favorece la absorción de vitaminas. Es mejor evitar la desnatada o semidesnatada hasta mínimo los 2-3 años, y entonces, si lo indica el pediatra por obesidad o factores de riesgo cardiovascular.

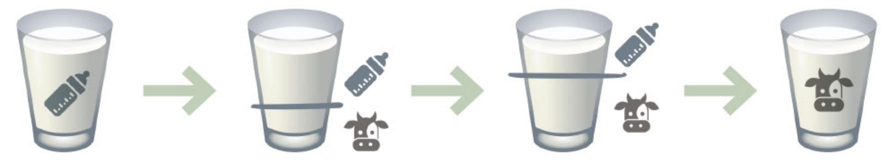
¿Y la leche de crecimiento? Las fórmulas de crecimiento o tipo 3, diseñadas para niños entre 1 y 3 años, carecen de normativa que regule su composición. Están fortificadas con varios nutrientes, pero suelen tener más azúcares y aditivos. No son necesarias en niños con una alimentación sana y equilibrada,

pues no aportan beneficios nutricionales relevantes.

¿CÓMO HACER EL CAMBIO A LA LECHE DE VACA?



Directamente: bebés expuestos a leche de vaca (lactancia mixta, artificial o consumo de derivados lácteos).



Progresivamente, mezclando con la fórmula: bebé no expuesto a la leche de vaca (lactancia materna exclusiva), rechazo de sabor o preferencia familiar.

¿Y si el niño no toma leche? Es cierto que la leche es nutricionalmente muy completa, dentro de una dieta equilibrada, por sus aportes de calcio y de fácil absorción. Sin embargo, a partir del año, no hay ningún alimento imprescindible, por lo que, si tu hijo rechaza la leche, se le pueden dar otros alimentos ricos en calcio: bebida vegetal enriquecida con calcio, derivados lácteos, pescado azul, yema de huevo, legumbres, cereales, frutos secos, algunas frutas y verduras…

¿Y las bebidas vegetales? Son aptas para elaboraciones desde los 6 meses, pero no como sustitutivo de la leche hasta el año. Es mejor optar por las enriquecidas en calcio, sin azúcares añadidos, sal ni algas. Nutricionalmente, la mejor alternativa es la bebida vegetal de soja enriquecida. No se debe dar bebida de arroz a menores de 6 años.

¿Qué cereales puedo ofrecerle?

Desde los 6 meses, se pueden introducir cereales con gluten (trigo, centeno, espelta y cebada) o sin gluten (maíz, arroz, mijo, quinoa, avena) y se pueden ofrecer tanto en cuchara como en trocitos. Se recomienda priorizar los cereales integrales, ya que resultan más nutritivos y saludables (más hierro, previenen el sobrepeso y disminuyen el riesgo de enfermedades cardiovasculares y algunos tipos de cáncer).

Los cereales infantiles no son necesarios, pues desde el inicio de la alimentación complementaria los bebés están preparados para consumirlos sin

procesar (pasta, pan, avena, arroz…). En todo caso, revisa bien las etiquetas, evita aquellos con azúcares libres y no se los des en biberón, ya que esto favorece el sobrepeso y las caries.

¿El zumo puede sustituir a la fruta?

El zumo de fruta, incluso recién exprimido, es equiparable a una bebida azucarada, pues en su elaboración se libera un alto contenido de azúcares, se pierden nutrientes (y entre ellos se elimina fibra) y resulta menos saciante. Por tanto, aumenta el riesgo de caries, sobrepeso y obesidad, así como de otras enfermedades cardiovasculares. Su consumo debe ser esporádico, sin sustituir la fruta entera, y nunca antes del año.

Mi hijo no come

Las expectativas sobre lo que *debe* comer un bebé a veces agobian y la comida puede convertirse en un momento desagradable. El apetito de cada niño es diferente, errático e impredecible, pues cambia a lo largo del día y de un día para otro. A lo largo de la infancia es habitual que algunos niños tengan periodos de disminución de apetito, la mayoría temporales. Es frecuente a partir del año, y en ocasiones se puede prolongar hasta los 3-4 años o incluso más allá.

Algunas causas que pueden alterar su apetito:

- **ENLENTECIMIENTO FISIOLÓGICO DEL CRECIMIENTO:** al disminuir la velocidad de crecimiento (lo que ocurre a partir del año), la necesidad de energía y nutrientes será menor y, por ello, tendrá menos apetito.
- **NEOFOBIA ALIMENTARIA:** rechazo a probar nuevos alimentos o en formato diferente desconocido hasta el momento. Puede durar hasta los 6 años.
- **SELECTIVIDAD ALIMENTARIA:** el niño comienza a desarrollar sus preferencias alimentarias y rechaza alimentos que antes aceptaba, por lo que se reduce considerablemente su abanico de opciones.
- **ENFERMEDAD:** es muy habitual que un niño coma muy poco cuando está enfermo.
- **CAMBIOS EN RUTINAS:** vacaciones, inicio de la escuela infantil, nacimiento de un hermano, cambio de domicilio…
- **OTROS: DENTICIÓN, EXPERIENCIAS NEGATIVAS CON LA COMIDA...**

Entiendo tu preocupación, pero te recomiendo mucha paciencia. Son etapas normales y transitorias: confía en la capacidad para autorregularse de tu peque y acompáñalo en esta etapa. En la pág. 97 te doy algunos consejos para afrontarlo.

> Si tu hijo tiene una apariencia saludable, va creciendo según su curva de crecimiento, está contento y activo, juega…, calma: ¡come lo que necesita! Presta atención a la calidad de los alimentos y al ambiente durante las comidas, no a cuánto come.

Si presenta otros síntomas (diarreas, vómitos, fiebre recurrente, irritabilidad…) o su crecimiento está alterado, consulta con el pediatra.

¿Y darle vitaminas al niño para que coma? No se ha demostrado que los suplementos vitamínicos o estimulantes aumenten el apetito. Una alimentación variada y equilibrada es suficiente para obtener las vitaminas necesarias para el crecimiento. Tan solo si se confirma una deficiencia vitamínica o se trata de un niño de riesgo biológico, pueden estar indicadas bajo prescripción médica.

El principal problema entre nuestros niños son las altas tasas de sobrepeso y obesidad (alrededor del 40 %), que suponen un factor de riesgo de enfermedades no transmisibles, como diabetes, cáncer, enfermedades cardiovasculares y problemas psicosociales, entre otros. Influyen varios factores, pero las principales causas son los malos hábitos de alimentación (consumo excesivo de azúcares y ultraprocesados) y el sedentarismo (abuso de pantallas en la infancia y falta de actividad física).

Por ello, es muy importante inculcar hábitos saludables desde los primeros años de vida y dar ejemplo.

¿Desde cuándo se le da agua al bebé?

Antes de los 6 meses, el único alimento (y líquido) que debe consumir un bebé es leche, ya compuesta en un 90 % de agua. ¿Y si hace mucho calor? También leche, a demanda, teniendo en cuenta que probablemente la pida con mayor frecuencia.

Será a partir de los 6 meses cuando hay que empezar a ofrecerle agua al bebé durante las comidas o entre ellas. Es posible que la rechace al principio, ya que sus necesidades de hidratación estarán cubiertas probablemente por la leche. Hay que darle tiempo, sin forzar, hasta que sienta la necesidad. Te aconsejo utilizar un vaso abierto directamente, sobre todo en casa. No hay necesidad de ofrecerla en biberón.

Nosotros esperábamos con muchísima ilusión el inicio de la alimentación complementaria de nuestra hija, después de haber mantenido en exclusiva la lactancia materna hasta los 6 meses (y, después, hasta los 2 años y medio). Desde el inicio optamos por ofrecerle trocitos y alimentos adaptados a sus habilidades. Fueron unas semanas de disfrute y de aprendizaje, tanto suyo como nuestro.

A partir del año, también pasamos por inapetencia y selectividad alimentaria (y en ello seguimos, porque el apetito en la infancia es errático e impredecible). Algunos días mi hija no comía porque estaba malita, otros sin motivo aparente… Te entiendo, es muy frustrante y causa mucha impotencia. Pero no olvides que tu actitud es lo más importante.

Esta etapa aporta un aprendizaje inmenso. Comparte la comida con tu hijo

siempre que puedas y dale ejemplo para que aprenda buenos hábitos. Ofrécele alimentos con el método que mejor te resulte y permítele que disfrute comiendo. Y disfruta tú también.

¡A comer!

¿Sabes que pasamos un tercio de nuestra vida durmiendo? Un sueño de calidad es imprescindible para la salud, ya que durante el descanso se recupera la energía física y mental, se fortalece el sistema inmunitario, se consolida la memoria y el aprendizaje, se produce la hormona de crecimiento, se regulan las emociones y se optimiza el crecimiento cerebral. De hecho, todos somos conscientes de las consecuencias del mal descanso, ¿verdad? Alteración en el estado de ánimo, problemas de concentración, aprendizaje y rendimiento y enfermedades metabólicas.

Cuando nace un bebé, la vida cambia, tanto que nadie es consciente hasta que lo vive en primera persona. Y también el descanso se ve afectado. ¡Los estudios dicen que perdemos unas setecientas horas de sueño durante el primer año de vida de nuestro bebé!

Durante mi maternidad, he aprendido mucho sobre el sueño infantil. Aunque siempre me ha interesado, pues muchas de las dudas que me plantean en la consulta están relacionadas con el sueño, después de vivirlo de primera mano como madre se ha convertido en uno de los campos que más me entusiasman.

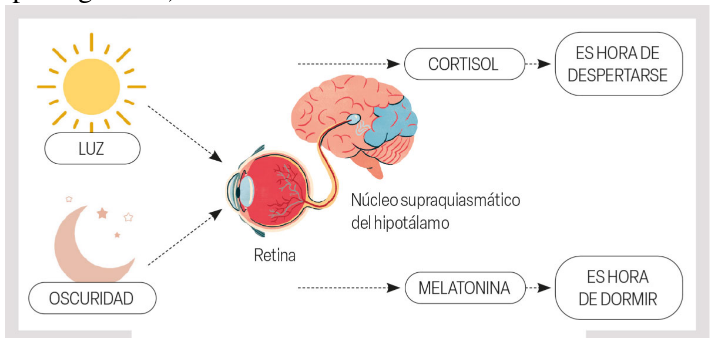
A continuación, te explico cómo es el sueño en la infancia y qué esperar, y te doy algunos consejos para el día a día gracias a lo que he estudiado como pediatra y lo que he aprendido como madre.

ALGUNOS CONCEPTOS

¿Cómo funciona el sueño?

El sueño está controlado por redes neuronales muy complejas, en cuya regulación influyen diferentes componentes que interaccionan entre ellos: el ambiental, el psicosocial y el biológico.

- **AMBIENTAL:** la **actividad física**, la **alimentación**, las variaciones de **temperatura** y la presencia de **luz/oscuridad** (el principal regulador).



- **PSICOSOCIAL:** el vínculo afectivo, las relaciones sociales, las figuras de apego y el modelo educativo.
- **BIOLÓGICO:** factores individuales, genéticos y madurativos:
  - **Necesidades de sueño**: varían a lo largo de cada etapa de la vida y son particulares de cada individuo. Aunque existen orientaciones, no hay consenso acerca de la cantidad de horas que debe dormir un niño, pero lo más importante es que su

descanso sea reparador. Para saberlo, obsérvalo y pregúntate: ¿se despierta contento, activo y con ganas de jugar, o está adormilado o cansado? ¿Se despierta espontáneamente por las mañanas, o cuesta mucho despertarlo? ¿Su rendimiento escolar es bueno, o tiene problemas? Si todo está bien, está durmiendo lo que necesita.

Como orientación:

0-4 MESES: 14-18 horas*

4-12 MESES: 12-16 horas*

1-2 AÑOS: 11-14 horas*

3-5 AÑOS: 10-13 horas*

6-12 AÑOS: 9-12 horas

13-18 AÑOS: 8-10 horas

*Incluidas siestas.

Cronotipos: existe cierta tendencia a descansar o a tener actividad a determinadas horas, por lo que puede hacerse la siguiente clasificación:

Matutino o alondra: aquel que se despierta temprano, rinde más por la mañana y necesita acostarse pronto. Habitual en la infancia.

Vespertino o búho: aquel a quien le cuesta madrugar, rinde más al finalizar el día y se acuesta tarde. Habitual en la adolescencia.

Diferencias entre un niño nacido a término y un bebé prematuro, con trastorno del neurodesarrollo o con alguna enfermedad.

El **ritmo circadiano** es el reloj biológico que determina muchos procesos químicos y fisiológicos del organismo, entre ellos el ciclo sueño/vigilia, con una periodicidad de 24 horas en el adulto. Su *puesta en hora* depende principalmente de los componentes ambiental y social.

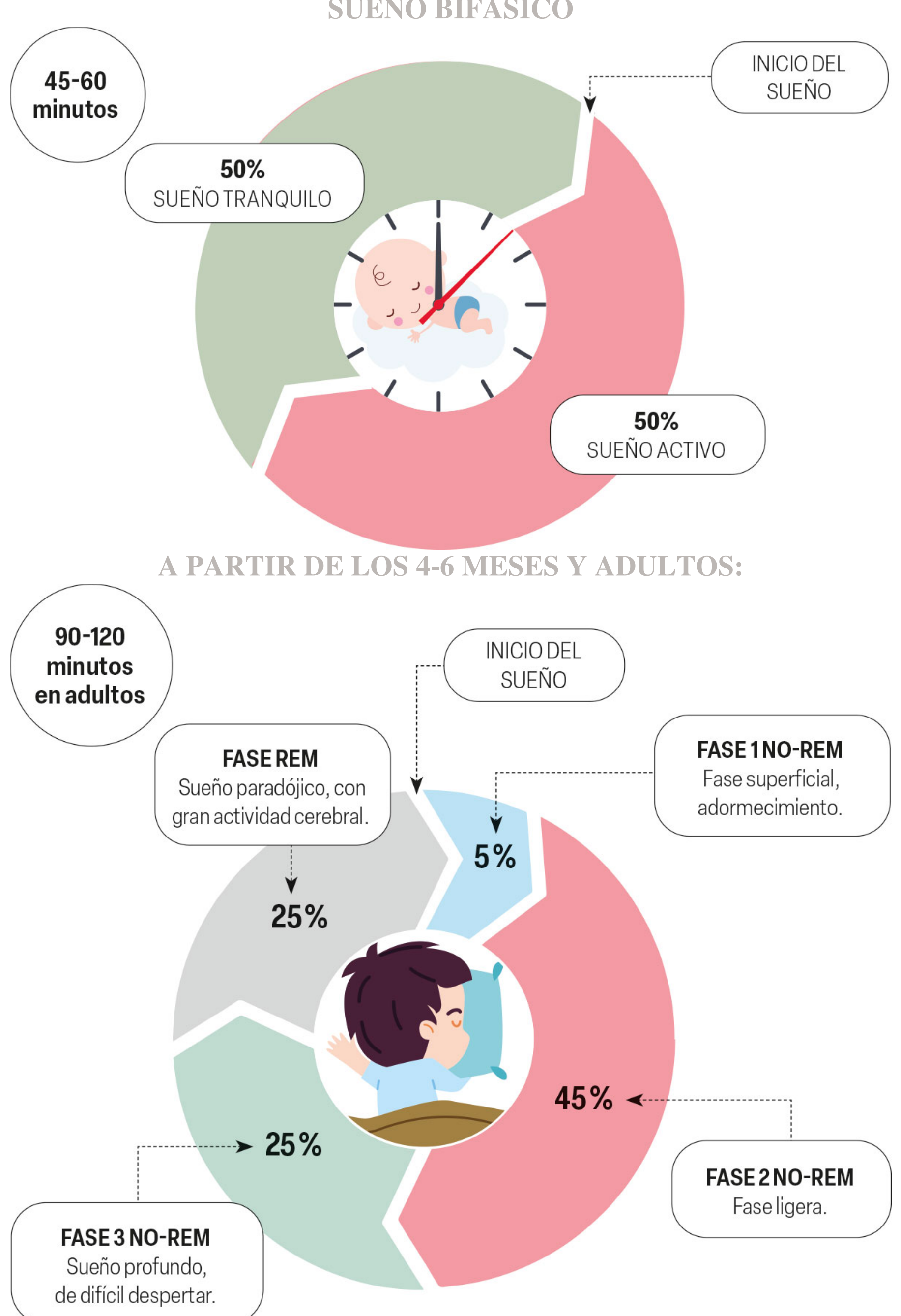
El ritmo circadiano empieza a funcionar alrededor de los 4-6 meses de vida. Antes, los bebés tienen un **ritmo ultradiano**, sin diferenciación del día y la noche, y con ritmos sueño/vigilia cada 2-4 horas. Más adelante lo explicaré en detalle.

A su vez, el ritmo circadiano debe coordinarse con la **presión de sueño (o proceso homeostático)**: la necesidad de dormir (o cansancio) que se va acumulando a lo largo del tiempo de vigilia. Los niños pequeños necesitan siestas para disminuir esta presión. A medida que va madurando el proceso homeostático, disminuye el número y la duración de las siestas y, a partir de los 3-4 años, es suficiente con un único periodo de descanso nocturno.

Los ciclos de sueño

El sueño se compone de varios periodos que se van repitiendo consecutivamente a lo largo del descanso, los **ciclos de sueño**, que a su vez se componen de diferentes fases. Los ciclos y sus fases van evolucionando y madurando a medida que se crece.

En el sueño adulto, con el ritmo circadiano establecido cada 24 horas, el descanso se concentra en una media de 7-9 horas nocturnas, periodo en el que se producen 4-7 ciclos de 90 y 120 minutos de duración cada uno.



SUEÑO NO REM: sueño lento en el que tiene lugar el descanso físico, se reparan tejidos y se fortalece el sistema inmunológico, entre

otras funciones. Se subdivide en tres fases según su profundidad.

SUEÑO REM: sueño activo y de mucha actividad cerebral durante el que se producen movimientos rápidos de los ojos (*rapid eyes movement*, de ahí el nombre), junto con una parálisis muscular generalizada. Es importante para la maduración neurológica, la consolidación del aprendizaje y la memoria, y las relaciones sociales y la afectividad. En esta fase, de fácil despertar, se producen los sueños y las pesadillas.

¿Sabías que…?

La duración del ciclo de sueño va aumentando conforme se crece: desde 45-60 minutos en bebés a 90-120 minutos en adultos.

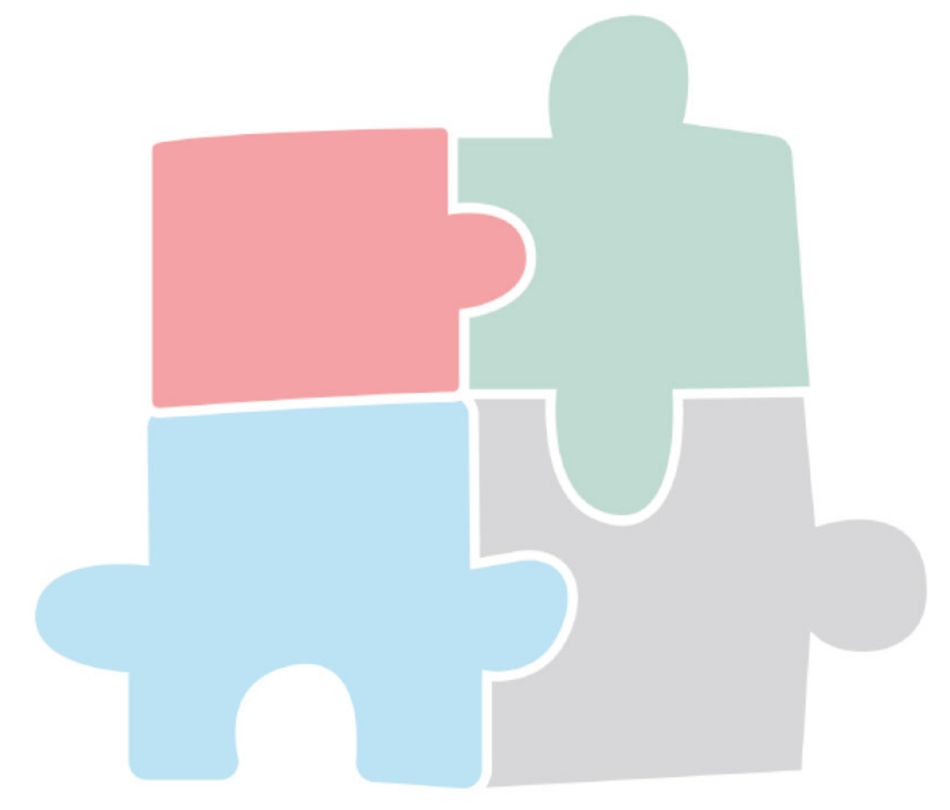
Las primeras semanas de vida se prioriza la fase activa o REM, tan importante para el desarrollo cerebral: inician el sueño directamente en esta fase y tienen mayor porcentaje de este sueño respecto al tiempo total de descanso.

Cada vez que finaliza un ciclo de sueño, hay un microdespertar, que pasa desapercibido en los adultos. Los bebés no tienen la habilidad para conectar con el siguiente ciclo y pueden despertarse completamente.

Son más frecuentes los despertares en la segunda mitad de la noche porque el sueño es más ligero.

Los pilares del sueño

Es importante pensar en el sueño como en un puzle compuesto de diferentes piezas que tienen que encajar para lograr un descanso óptimo. Aunque algunas características son propias del niño (su edad y ritmo madurativo, la genética, el logro de hitos del desarrollo, la existencia de enfermedades o los cambios en rutinas), hay otras sobre las que se puede interferir, como los horarios, la higiene de sueño y las rutinas y los rituales.



Horarios regulares y descanso diurno

Las **siestas** son muy importantes en la infancia, ya que favorecen el desarrollo físico, emocional e intelectual, y asientan la memoria y el aprendizaje. Además, ayudan a recargar pilas para continuar el día y evitar el sobrecansancio, por lo que el niño llega al momento de acostarse con una presión de sueño adecuada.

Un buen descanso diurno favorece un buen descanso nocturno, con mejor cantidad y calidad de sueño.

El momento de las siestas

Los primeros meses de vida, el bebé no está preparado para seguir horarios, y sus ritmos de sueño y vigilia cada 2-4 horas satisfacen sus necesidades de contacto y alimentación. Por ello, antes de los 5-6 meses, te ayudará observar sus **señales de cansancio**, que te indicarán que se está acercando el momento óptimo para dormir. De este modo, podrás anticiparte a su aparición e iniciar cuanto antes las rutinas de sueño y preparar el ambiente para facilitar su descanso.

	[illegible]	
[illegible] able, sin consuelo.		
[illegible] ojos.		
[illegible] ojos están rojos.		
[illegible] el pelo.		
Voltea la cabeza.		

SI ESTÁ MUY CANSADO → SECRECIÓN DE CORTISOL PARA MANTENERSE DESPIERTO → SOBREEXCITACIÓN → DIFICULTAD PARA RELAJARSE Y DORMIR.

Como en ocasiones las señales no son tan evidentes, puedes considerar unos tiempos orientativos, según la edad, que te ayudarán a identificar este momento idóneo. Seguro que has oído hablar de los **periodos de vigilia** o **ventanas de sueño**. Son los periodos aproximados que un niño puede pasar despierto entre momentos de sueño (entre siesta y siesta, así como entre siesta y hora de acostarse) para llegar con una presión de sueño óptima. Van cambiando con la edad (a medida que el niño crece, pasa más tiempo despierto) y a lo largo del día. Recuerda que cada peque tiene sus necesidades y su propio ritmo madurativo, por lo que no tienes que verlo como unos tiempos rígidos, sino ajustarlos en función de sus señales de sueño.

Observando las señales de cansancio del bebé conocerás sus ventanas de sueño.

A medida que el bebé va haciéndose mayor, sobre todo a partir de los 5-6 meses, esta información te servirá para establecer **horarios regulares**, aunque flexibles, acordes con sus necesidades. Además, es recomendable establecer una hora aproximada para levantar y acostar al bebé, así como para dormir la siesta, tanto entre semana como los fines de semana.

Número de siestas

Durante los primeros 4 meses, son múltiples y no siguen ningún patrón. Empiezan a consolidarse hacia el mes 5-6. El número de siestas se irá reduciendo con el paso del tiempo, y será tu hijo quien marque el ritmo hasta que desaparezcan a partir de los 3-4 años.

Duración de las siestas

- **ANTES DE LOS 6-7 MESES:** es normal que las siestas tengan una duración muy variable, de entre 20 y 120 minutos.
- **A PARTIR DE 6-7 MESES:** no hay una duración estándar ni obligatoria, pues depende del ritmo madurativo de cada niño y de sus necesidades. Sin embargo, si las siestas no son reparadoras y te afecta al resto del día y de la noche, puedes probar a alargar su duración y que complete al menos un ciclo de sueño de 45-60 minutos. Por otra parte, si te afecta al descanso nocturno, procura que no sea muy tardía (posterior a las 5 de la tarde) o excesivamente larga (superior a 2 horas).

Higiene de sueño

Para la regulación del ritmo circadiano, es importante seguir unos buenos hábitos durante las 24 horas del día, y no solo por la noche. Por este motivo, este punto es fundamental para lograr un adecuado descanso nocturno.

¡Lo que se hace de día afecta a la noche!

Diferenciación día/noche:

DURANTE EL DÍA	**AL ATARDECER (1 h antes de dormir)**

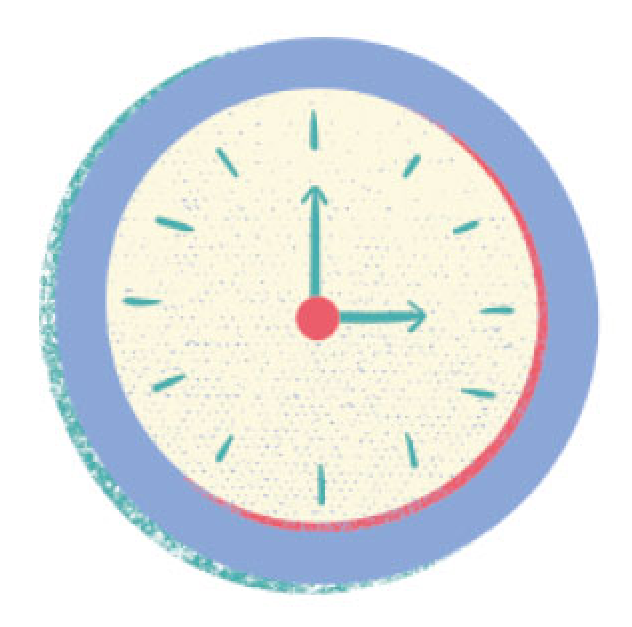
Oscuridad: sueño • Crear un ambiente tranquilo, reducir los estímulos y realizar actividades relajantes: juego tranquilo, cuentos... • Reducir intensidad de las luces: luz cálida (anaranjada). Evitar luz azul, blanca o brillante. • No exponerse a pantallas. **Luz: actividad** • Fijar horario para despertar, [illegible] • Exponerse a la luz natural al despertar, desayunar con luz natural, ir caminando al colegio. • Practicar actividad física: juego, movimiento, ir al parque, salir con la bici...	

Cuidar la alimentación: el aparato digestivo también sirve para regular el ritmo circadiano, de ahí la importancia de qué y cuándo se come, la crononutrición.

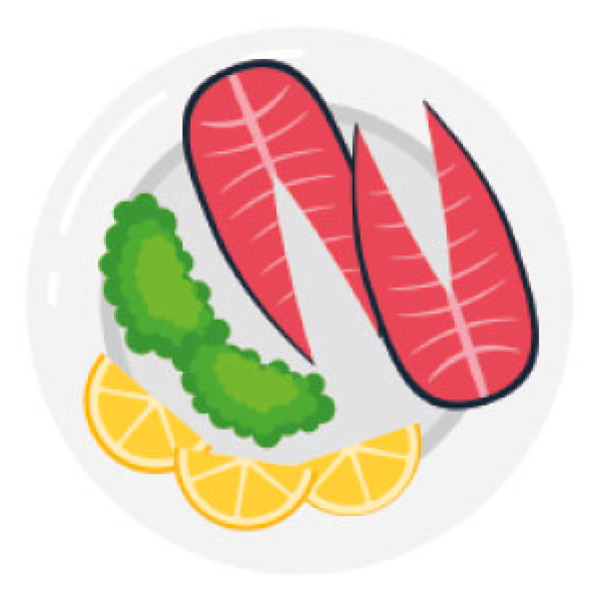
La lactancia materna favorece el descanso del bebé y ayuda a la maduración de los ritmos circadianos (efecto cronorregulador), por una parte, gracias a la variación de su composición a lo largo del día (al atardecer y por la noche, aumenta el triptófano, precursor de la melatonina, lo que informa al bebé de cuándo es de día y cuándo es de noche) y, por otra parte, gracias al efecto relajante que tienen el contacto y el esfuerzo de la succión. Así es, **la teta sirve para dormir**. Además, también facilita el descanso materno gracias a la relajación que se produce mediante la secreción de oxitocina y prolactina.

Al contrario de lo que se cree, a pesar de precisar durante los primeros meses un menor intervalo de tomas nocturnas y presentar un mayor número de despertares (la gran mayoría tan breves que pasan desapercibidos), el sueño del bebé amamantado y su madre es más reparador que el del bebé alimentado con fórmula. No olvides que las tomas nocturnas son especialmente importantes para la instauración de la lactancia.

ALIMENTACIÓN



Establecer poco a poco horarios regulares de alimentación, que se consolidarán alrededor del año.



Asegurarse de satisfacer sus necesidades de hambre durante el día. Si no come lo suficiente, pedirá más comida por la noche.



Preparar una cena nutritiva y de fácil digestión, y separarla al menos media hora del inicio del sueño.



Dar alimentos que favorezcan el descanso (ricos en triptófano) y evitar aquellos que lo dificulten a partir del mediodía.

- **Favorecen el descanso**: pescado azul, lácteos, carne de ave, frutas, verduras y hortalizas, frutos secos y cereales integrales.
- **Dificultan el descanso**: alimentos o bebidas azucaradas, excitantes o estimulantes (cafeína, refrescos, chocolate).



¿Y un biberón con cereales hará que duerma mejor? ¡Rotundamente no!.

Crear un espacio de sueño agradable, conocido y seguro.

Aunque el colecho, entendido como compartir cama con el bebé, es una forma de dormir practicada en muchos lugares y en muchas culturas, las últimas décadas algunas guías lo han desaconsejado de manera generalizada, sin tener en cuenta las condiciones en las que se practica.

Sin embargo, el colecho de una madre con su bebé amamantado (*breastsleeping*), por múltiples factores, no solo no aumenta el riesgo del SMSL, sino que puede ser beneficioso tanto para el bebé (establece un patrón de sueño más seguro, regula la temperatura, ayuda al aprendizaje de los cambios de fase, aumenta la tranquilidad gracias al contacto permanente, favorece la lactancia materna…) como para la madre, ya que fomenta su descanso (los despertares son más breves y hay menos desvelos, y la conciliación del sueño es más rápida).

Por ello, algunos estudios concluyen que las madres que amamantan y colechan duermen más tiempo y con un sueño de mejor calidad, igual que sus bebés. Así, en ausencia de factores de riesgo del entorno, y siempre y cuando se sigan las normas de seguridad, es posible compartir cama con el bebé de manera segura, por lo que su práctica será decisión de cada familia.

Proporcionar un ambiente de sueño adecuado, tanto durante las siestas como por la noche:

- **Tranquilo y acogedor**.
- **Sin ruidos**: favorecer el silencio. En algunos casos, usar sonidos monótonos y constantes (ruido blanco u orgánico) para enmascarar los ruidos ambientales puede ayudar al bebé a relajarse. Aunque existe controversia al respecto y no hay protocolos ni guías, su uso debe limitarse a situaciones puntuales hasta que el bebé se duerma, alejado de la cuna y a bajo volumen.
- **Sin luz**: oscuridad o luz muy tenue si el niño rechaza quedarse a oscuras. A partir de los 4-6 meses, con el ritmo circadiano organizado, prueba con siestas a oscuras o con muy poca iluminación.
- **Temperatura agradable**:
  - Ventilar la habitación durante el día y antes de dormir.
  - Temperatura fresca, entre 19-22 °C. Si hace calor, utilizar aire acondicionado antes de dormir o ventilador indirectamente.
- **Ropa cómoda**, no muy ajustada y que permita el movimiento.

Rutinas y rituales

Somos seres de costumbres, pues estructuramos nuestro día desde que nos levantamos hasta que nos acostamos. Las rutinas son nuestras aliadas desde la infancia.

Las rutinas y los rituales de sueño son aquellas acciones que se repiten día tras día en el mismo orden y momento, las cuales permiten al niño anticiparse al tiempo de descanso. Al ser predecibles y consistentes, el bebé las asocia con la hora de dormir y siente seguridad y tranquilidad porque sabe lo que va a suceder, por lo que se relaja y duerme más fácilmente. Deben ser actividades **tranquilas y relajantes**, así como **adaptadas al bebé** (a su edad, a su desarrollo y a sus gustos).

- Las **rutinas de sueño** son aquellas que se realizan fuera del dormitorio y sirven para desconectar y relajar y duran el tiempo necesario. Por ejemplo: baño, masaje, juego tranquilo en familia en el sofá, biberón o pecho, adiós a todos y dormitorio.
- El **ritual de sueño** es aquella secuencia que se realiza justo en el momento que va a dormir: 20-40 minutos de duración (5-10 minutos en las siestas), en su dormitorio y con la persona que vaya a acompañarle. Por ejemplo: cambio de pañal, pijama, bajar las persianas, cuento, canción, despedida de los muñecos, apagado de luces, buenas noches.

Puedes empezar sutilmente desde el nacimiento, pero consolídalas sobre todo a partir de los 4-6 meses, ya que será cuando el bebé esté preparado para asimilarlas.

Hábitos externos de conciliación

En este punto, es interesante hablar de este término que seguro oirás mucho a lo largo de los primeros meses del bebé. También conocidas popularmente como apoyos, asociaciones o muletillas de sueño, son aquellas acciones externas, la mayoría de las cuales derivan del contacto con los padres, que forman parte del ritual del sueño y favorecen la conciliación y su mantenimiento porque tranquilizan, relajan y dan seguridad.

Lo reitero: igual que he dicho en capítulos anteriores, hay que partir de la base de que **lo más habitual y normal del mundo es que el bebé duerma más rápido y mejor en contacto humano (al pecho, succionando el biberón o el chupete, cogiendo la mano o tras ser mecido en brazos). ¡Lo necesita para asegurar su supervivencia!**

Pero has de saber que probablemente el bebé necesite esta forma concreta de conciliar el sueño también para mantenerlo. Por tanto, en los despertares nocturnos, requerirá que lo duermas de este mismo modo, ya que todavía no tiene la habilidad de enlazar los ciclos del sueño por sí solo y es la manera de dormir que conoce. Quizá esto no suponga ningún inconveniente, para que estés bien y descanses adecuadamente. Sin embargo, es uno de los motivos de consulta y preocupación más frecuentes, ya que tu descanso puede verse afectado en algún momento.

Duerme a tu bebé como quieras y como te resulte más fácil. A medida que crezca, prueba distintas formas de dormirlo para que no dependa de una concreta (o de una persona en particular).

El sueño: un proceso evolutivo, pero no lineal

La cantidad, arquitectura y duración del sueño cambia, adaptándose a las necesidades de cada etapa de la vida. Por ello, un recién nacido no duerme las mismas horas, ni en el mismo momento, ni de igual manera que un bebé de 6 meses, que un niño y menos todavía que un adulto o un anciano.

No obstante, la evolución del sueño no es lineal, sino que cada cambio interno o externo puede afectar. En consulta, noto una preocupación habitual cuando un bebé que dormía con un patrón más o menos regular empieza a despertarse con mayor frecuencia, se desvela, sus siestas son más cortas o se resiste a dormir. Aunque esto se conoce popularmente como **regresiones de sueño**, pues así se vive desde fuera, forma parte de la evolución normal, y positiva, del niño a lo largo de la infancia.

La mayoría de estos periodos, que duran entre 2 y 6 semanas, están relacionados con la maduración del sueño (a los 4 meses se produce un cambio biológico y permanente en el sueño infantil al incorporar las fases del sueño no REM) y la adquisición de nuevos hitos del desarrollo motor (ponerse de pie, gatear o caminar) o cognitivo, por lo que en realidad se trata de una progresión madurativa. En niños más mayores, también suceden por la ansiedad de separación, la necesidad de independencia, los miedos o la llegada de la etapa del «no». Habitualmente, tienen lugar en unos momentos concretos (6 semanas, 4 meses, 8-10 meses, 12 meses, 18 meses y 2 años),

aunque no tienen por qué darse en todos los niños ni a estas mismas edades.
Además, cualquier cambio en el entorno puede afectar al sueño. Por este motivo, es habitual que notes una regresión cuando se pone enfermo, con la vuelta de la mamá al trabajo, con la llegada de un hermanito o con el inicio de la escuela infantil.
Reconocer las regresiones del sueño y saber por qué aparecen te ayudará a entender al niño sin perder la calma. En estos periodos, ten paciencia y muéstrale comprensión: asegura el descanso diurno, anímalo a practicar las habilidades novedosas durante el día e intenta ser constante con las rutinas, pero dale más apoyo y cariño si lo necesita.

¿DORMIR COMO UN BEBÉ?

¿En qué piensas al oír esta expresión? Seguramente en un bebé que se duerme solo, sin requerir la presencia de nadie, en su cuna y durante 8 horas seguidas, al mismo tiempo que tú descansas. Según nos han hecho creer durante años, así es el sueño infantil, nuestra expectativa. Pero… ¿es así como realmente duerme un bebé?
Lamento decirte que no. Los bebés duermen de manera diferente a los adultos porque son inmaduros y tienen otras necesidades: les suele costar conciliar el sueño, requieren de acompañamiento para ello y tienen un sueño fragmentado, con despertares frecuentes. Por este motivo, cuando llega el bebé y experimentas su verdadero sueño, puede ser que te preocupes: «Esto no es normal… ¿Tendrá algún problema? ¿Estoy haciendo algo mal?». A esto, se suman las corrientes de los últimos años de «no hay que dormirlo al pecho», «no lo cojas en brazos», «te está manipulando» o «debe aprender a dormirse solo», cuando el bebé está diseñado, por supervivencia, para estar en contacto humano continuo.
Es normal tener estas dudas. Por ello, comprender las necesidades de tu bebé y saber cómo es su sueño y qué esperar a cada edad te ayudará a acompañarlo con más calma en cada etapa y te evitará muchas preocupaciones.
La mayoría de los problemas de sueño que veo en el día a día no son verdaderos trastornos, sino que están relacionados con la falta de información y la falta de sincronía o conflicto entre las necesidades (y obligaciones) de los adultos y las necesidades del bebé.

Sueño fetal

A partir del segundo trimestre de embarazo, gracias a los hábitos de la madre (sus horarios de descanso, de actividad física y de alimentación, así como la exposición a la luz natural), se empiezan a regular los ritmos de sueño y vigilia en el feto. De todos modos, el sueño fetal es independiente del materno y frecuentemente está invertido (de hecho, el bebé suele aumentar su actividad durante el descanso de la madre).
En el tercer trimestre, aparecen los ciclos de sueño del bebé (con tres fases: sueño activo –predominante–, tranquilo e indeterminado). Para favorecer su desarrollo, es importante que la madre siga unos ritmos y horarios regulares, sobre todo durante las últimas semanas de gestación.

Desde el nacimiento hasta los 4 meses

Sueño ultradiano (sin diferenciación día/noche) y **polisecuencial** (repartido en varias fases a lo largo del día): el sueño depende del componente biológico, y no de los estímulos externos. Por este motivo, el bebé duerme en cualquier momento del día, con pequeñas siestas, sin ningún orden ni patrón. Al final de este periodo, comienza a distinguir entre el día y la noche: la vigilia aumenta durante el día, y el sueño, durante la noche.

Despertares frecuentes: el bebé nace sabiendo dormir, pero lo hace para cubrir sus necesidades (alimentación, atención, seguridad, contacto y cuidados), diferentes a las de los adultos. Por ello, sus ciclos de actividad y descanso se repiten cada 2-4 horas con este objetivo.

Ciclos de sueño cortos y bifásicos: se componen de dos fases, el sueño activo y el tranquilo.

Inicio del sueño en la fase activa: por este motivo, los primeros 15-20 minutos tras conciliar el sueño, el bebé se mueve, hace ruidos e incluso parece incómodo y con dolor. Esta actividad desaparece cuando pasa a la fase de sueño tranquilo. Además, recuerda que durante el sueño se van enlazando ciclos y, por tanto, esta fase activa se irá repitiendo cada 40-50 minutos a lo largo del descanso del bebé.

También es normal que:

- Donde mejor y más duerma sea encima de ti: necesita tus brazos, tu calor, tu contención… para sentirse seguro, relajarse y dormir.
- Esté más activo y aumente la demanda de pecho por la tarde-noche.
- Se muestre más irascible e irritable al llegar la tarde-noche (la «hora bruja»).

CONSEJOS PARA LOS PRIMEROS MESES

Adáptate a tu nueva vida.

Cubre las necesidades básicas de tu bebé precozmente.

Ofrécele bufé libre de contacto y brazos para forjar el vínculo afectivo y el apego.

Adapta tu día a día y tu descanso a su ritmo, no al revés.

Establece la lactancia materna, si es tu caso.

Observa a tu bebé y conoce sus ritmos con el fin de detectar sus señales de cansancio para facilitar su descanso.

Favorece que vaya diferenciando el día de la noche: luz solar y actividad durante el día, y luz tenue u oscuridad y tranquilidad durante la noche.

Duérmelo como te resulte más sencillo: a medida que pasan las semanas prueba diferentes técnicas para calmar y dormirle, por parte de ambos cuidadores si los hay.

Fija poco a poco pequeños rituales y rutinas flexibles: los horarios no han de ser estrictos, pues el bebé no está preparado para asimilarlos.

No interfieras en el sueño activo ni actúes ante el mínimo movimiento: los movimientos y sonidos durante el sueño son normales; el bebé está dormido realmente.

Duerme cerca del bebé para que sea fácil atenderlo: revisa las pautas de sueño seguro y de colecho.

Pide ayuda a familiares si lo necesitas.

De los 4 a los 8 meses

Ritmo circadiano más establecido: la mayor influencia del componente ambiental (y también psicosocial) favorece que, como respuesta a la luz/oscuridad, el bebé secrete las hormonas que regulan el ritmo vigilia-sueño. En consecuencia, pasa más tiempo despierto durante el día, y su sueño empezará a concentrarse por la noche gracias al incremento nocturno de melatonina. La mayoría de los bebés duermen hasta 4-6 horas seguidas, aunque no siempre coinciden con las del descanso de los adultos.

Ciclo de sueño de 45-60 minutos y polifásico: el sueño activo se convertirá en sueño REM, y el sueño tranquilo evolucionará a sueño no REM, además de integrarse las fases restantes en este último. Sin embargo, el sueño del bebé será mucho más inestable que durante el primer trimestre. Al haber más fases de sueño, en la transición de una a otra, así como entre cambios de ciclo, pueden aparecer microdespertares. En la mayoría de las ocasiones, irán acompañados de pequeños movimientos y el bebé seguirá durmiendo, pero es posible que, si no logra enlazar las fases, estos se conviertan en despertares completos (la conocida regresión de los 4 meses). Alrededor de los 6 meses, el bebé tendrá todas las fases del sueño no REM integradas, se consolidará el periodo de descanso nocturno y el ritmo estará más organizado.

Inicio del sueño en la fase 1 no REM, y no en la fase activa. Cuando esto ocurre (cada bebé a su ritmo, la mayoría antes de los 6 meses), el sueño es muy ligero los primeros 20 minutos; por ello, si tu bebé se ha quedado dormido en brazos e intentas tumbarlo en la cuna, se despertará al notar el cambio: es el síndrome de «la cuna de pinchos».

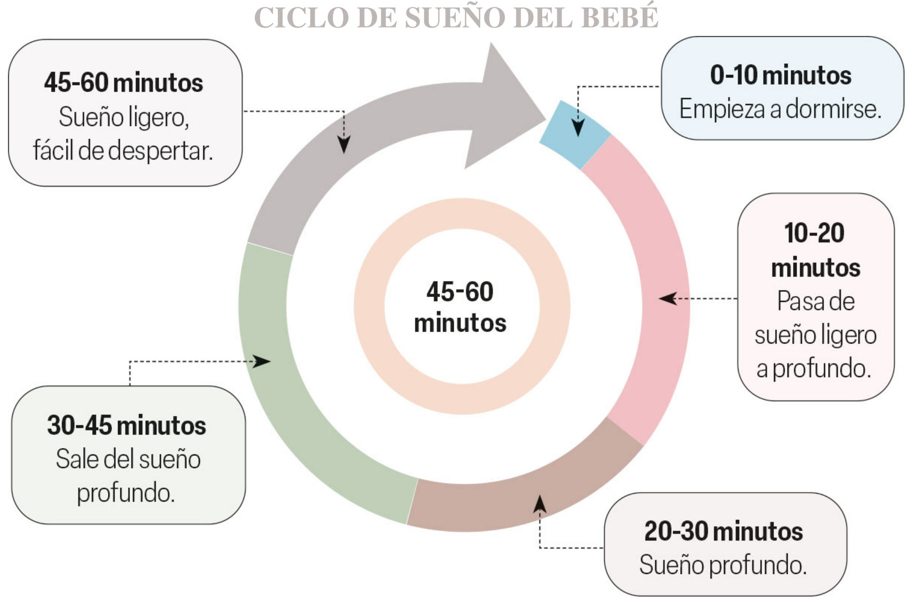
Horarios más definidos y predecibles: adaptados al entorno, con siestas consolidadas en momento y duración.

De los 8 a los 12 meses

El sueño del bebé tiene una organización muy similar al sueño adulto, con todas las fases integradas, aunque todavía inmaduras. Sus ritmos son regulares y predecibles, y se establece un periodo de sueño nocturno más prolongado. El descanso dependerá en un 60 % de los factores ambiental y psicosocial, y

no tanto del genético. Por tanto, los hábitos, las relaciones sociales, los estímulos, el logro de nuevos hitos del desarrollo… pueden afectar al sueño. ¡Pero el bebé ya está preparado para seguir rutinas y horarios!

CICLO DE SUEÑO DEL BEBÉ



A partir del año

Entre el año y los 2 años, el bebé es capaz de permanecer más tiempo despierto y empezará a dormir en dos periodos: una única siesta y un descanso nocturno más largo, profundo y consolidado. Se estima que, al año, un 90 % de los niños lograrán un periodo de descanso continuo de 5 horas, pero persiste una media de 1-3 despertares nocturnos.

En esta etapa, hay una gran maduración cognitiva y aparecen las primeras rabietas, el rechazo a dormir y los miedos. Además, los eventos externos y los cambios de rutina pueden repercutir en el descanso.

Entre los 2 y los 5 años, se establece un periodo de descanso prolongado y disminuye el número de despertares, aunque todavía los hay en un 15 % de los niños a los 3 años. El tiempo total de sueño va disminuyendo progresivamente y las siestas van desapareciendo; es una etapa frecuente de parasomnias. Entre los 3 y los 5 años, se consolida un único periodo de sueño nocturno de 8-10 horas sin siestas.

Entre los 5 y 10 años, los patrones de sueño son muy similares a los de los adultos y la necesidad de siesta diaria es motivo de valoración. Además, disminuyen las necesidades de sueño total a razón de 20 minutos por año y los despertares son muy poco frecuentes.

CONSEJOS A PARTIR DE LOS 4-6 MESES

Asegura pilares del sueño, sobre todo afianzarlos a partir de los 6-8 meses, que es cuando los bebés están preparados biológicamente para interiorizar estas rutinas:

Horarios regulares.

Descanso diurno adecuado.

Rutinas y rituales de sueño.

Higiene de sueño (día y noche).

Consejos para dudas habituales:

«La cuna tiene "pinchos"»: si hay un cambio en el entorno en el que el bebé se ha dormido, se va a despertar; es supervivencia. Algunos consejos que pueden ayudarte:

Se duerme en brazos:

Espera a que pase a la fase de sueño profunda, unos 20 minutos después de dormirse.

Atempera la cuna y tumba al bebé arropado (con arrullo o saquito).

Deja primero el culete del bebé, después los pies y por último la cabeza.

Túmbalo en la cuna cuando esté somnoliento, pero despierto, y acompáñalo hasta que se duerma con contención y contacto para que al despertar se encuentre en el mismo entorno.

«Llora en cuanto me alejo»: la angustia por separación aparece entre los 8-9 meses y puede persistir hasta alrededor de los 3 años, con picos de distinta intensidad. Sucede porque el bebé se vuelve consciente de que su figura principal de apego es independiente. Por ello, llora cuando desaparece de su campo de visión y rechaza ir en brazos de otras personas, y también se ve afectado el sueño: quiere confirmar que estás ahí. Ante esta situación:

Atiende a tu bebé siempre que te necesite.

Despídete siempre (no te vayas a escondidas).

Háblale cuando estés en otra habitación y no te vea.

Juega al escondite o cucú-tras.

Duerme cerca de él.

Déjalo a cargo de personas con las que tenga un vínculo afectivo.

«Siempre sedespierta a los 30 minutos de la siesta»: sucede porque, en ese momento, se encuentra saliendo del sueño profundo y pasando al sueño ligero, por lo que es más fácil que se despierte si su entorno ha cambiado. Además, durante el día se sintetiza menos melatonina, hay más estímulos y menos presión de sueño. Si a partir de los 6-7 meses duran menos de 45-60 minutos, el bebé se despierta irascible y cansado y te afecta negativamente en los demás horarios y rutinas, prueba a alargar las siestas:

- Establece horarios y rutinas y crea un ambiente adecuado.
- Adelántate al despertar habitual para actuar cuando el sueño empieza a ser más ligero y evitar que el bebé se despierte completamente (con susurros, contacto...). Si te siente cerca, dormirá más tiempo.
- Si se despierta, trata de dormirlo de nuevo en el dormitorio como más sencillo te resulte.
- **«¿Necesita comer por la noche?»**: el primer año de vida la leche es el alimento principal, por lo que la alimentación nocturna no debe limitarse. Será a partir del año cuando el niño estará preparado para reducir tomas nocturnas o incluso eliminarlas si la alimentación complementaria está bien instaurada y cubre sus necesidades nutricionales durante el día. Pero no siempre es así, hay que tener en cuenta que algunos niños siguen necesitando alimentación nocturna hasta los 18-20 meses. Tendrás que observarle para detectar si las tomas son por hambre o necesidad de contacto.



TABLA ORIENTATIVA DEL SUEÑO

	TIEMPO [illegible] SUEÑOS				
[illegible]					
[illegible]					
[illegible]					
[illegible]					
[illegible]					
[illegible]					
[illegible]					
[illegible]					
[illegible]					
[illegible]					
[illegible]					

SI NECESITAS UN CAMBIO

Muchas familias llegan a la consulta buscando cambios. Es cierto que el sueño es madurativo y que todos los niños sanos acabarán durmiendo, aunque no se haga nada para fomentarlo. Sin embargo, el ritmo de vida de nuestra sociedad, las obligaciones laborales y sociales, la dificultad de conciliación… lleva en muchas ocasiones a que las familias quieran hacer cambios para descansar mejor y, por tanto, rendir física y psicológicamente.

El sueño de tu hijo afecta a tu calidad de vida, y tus necesidades también importan: para cuidar, tienes que cuidarte. Y te entiendo: si no duermes durante la noche, ¿cómo vas a ir a las 8 de la mañana al trabajo y cumplir con tus obligaciones? Pero… ¿es posible cambiar? Aunque no te lo parezca, créeme, se puede llegar a un equilibrio respetando las necesidades de tu hijo y las tuyas, pero no es algo que se consiga de un día para otro. Requiere tiempo, acompañamiento y mucha paciencia.

Principales preocupaciones:

- Se despierta mucho.
- Solo se duerme al pecho, con el biberón, en brazos…
- Duerme pocas siestas o son muy cortas.
- Tiene pesadillas o experimenta terrores nocturnos.
- Se resiste a dormir, le cuesta mucho, se duerme muy tarde.
- Se desvela durante la noche.
- Se levanta muy pronto.

Llegados a este punto, ya te habrás dado cuenta de que tu papel es proporcionar las condiciones óptimas para favorecer el descanso de tu hijo. Los primeros meses de vida, el bebé no es capaz biológicamente de asimilar cambios en los hábitos, pero puedes ir preparando poco a poco el terreno, con horarios y rutinas, e ir probando diferentes formas de dormir al bebé, sin prisas ni agobios. A partir de los 6-9 meses, gracias a un ritmo circadiano más maduro, a un mayor peso del factor ambiental y a horarios más estructurados, el bebé estará preparado para asumir cambios si así lo quieres. Aunque no hay soluciones mágicas y los consejos deben ser como un traje a medida para cada familia, la mayoría de las preocupaciones que me transmiten pueden mejorarse con las siguientes pautas:

- **AJUSTA TUS EXPECTATIVAS:** han de ser realistas respecto a la edad del bebé y lo esperable, para afrontar cada etapa con confianza y seguridad. No olvides que, durante los «segundos 9 meses», el bebé necesita estar día y noche con su cuidador, porque es con quien se encuentra seguro y protegido: lo necesita para sobrevivir.

  ¡El sueño del bebé supone despertares! Los niños tienen necesidades que los adultos deben cubrir y, además, su sueño es inmaduro y requieren de ayuda para mantenerlo.

  Los estudios sostienen que un porcentaje considerable de bebés de alrededor de 6 meses duermen del tirón alguna noche, aunque es a los 12 meses cuando el 90% de ellos lo consigue. Pero… ¿sabes qué

duración de tiempo se considera dormir del tirón? Entre 4 y 6 horas de sueño continuado, un descanso concentrado en el primer tramo de la noche; un tiempo en el que puedes aprovechar para cenar, sentarte en el sofá, conversar…, pero, cuando te acuestas, ¡empieza la fiesta!
Decir cuántos despertares son normales es complicado, pues hay una enorme variabilidad. Se estima una media de 1-3 despertares con 1 año, un 20-40 % de ellos a los 2 años, y un 14 % a los 3 años, edad en la que el sueño empieza a madurar.

Los despertares nocturnos son normales, forman parte de la maduración del bebé. Y lo natural es que necesite de tu contacto y atención (día y noche).

OBSERVA A TU HIJO Y SUS NECESIDADES, ayudándote de una agenda de sueño para registrar:

Horarios de actividad y de sueño.
Rutinas.
Señales de cansancio.
Despertares.

Si sospechas que hay alguna causa médica, consulta con el pediatra.

DEFINE HORARIOS Y RUTINAS REGULARES, adaptados a su edad y a sus necesidades. Puedes hacerlo partiendo de la hora de levantarse y calculando los horarios aproximados de las siestas, teniendo en cuenta **las señales de cansancio** (y los tiempos aproximados entre siestas) que hayas detectado en el paso anterior. Es importante establecer una hora más o menos fija para levantarse y acostarse, así como para dormir la siesta, también el fin de semana.

PON ATENCIÓN DURANTE EL DÍA PARA QUE HAYA LO SIGUIENTE:

Exposición matutina a la luz natural.
Tiempo de calidad en familia.
Necesidades nutricionales cubiertas, con horarios regulares.
Actividad física regular.
Buenas siestas cuando muestre señales de cansancio y acorde con sus necesidades, tanto en número como en duración. No descartes siestas en brazos, porteo o carrito si logras que sean reparadoras, e intenta alargar su duración si a partir de los 6-7 meses no lo son.

AL LLEGAR LA NOCHE:

Inicia rutinas de sueño 1-2 horas antes y el ritual: evita actividades excitantes, pantallas o ejercicio físico, así como las cenas tardías y copiosas.

Prepara al bebé: establece un ritual de sueño relajante y adaptado para que el bebé esté cómodo y con sus necesidades cubiertas.

Crea un ambiente de sueño óptimo: temperatura adecuada,

oscuridad y ausencia de ruidos.

MODIFICA LA FORMA DE DORMIR, si así lo quieres, porque afecta negativamente a tu descanso.

Es posible cambiar la forma de dormir, pero no lo hagas por los demás, sino por ti.

Cuando un bebé se duerme de una forma concreta al inicio de la noche, es probable que necesite recrearla en cada despertar, una tarea que en muchas ocasiones recae sobre la misma persona.

Si consideras necesario hacer cambios para lograr un equilibrio en tu día a día (no por obligación ni porque resulte inapropiado), puedes tratar de **modificar poco a poco el hábito que tu hijo tiene para dormir. Los consejos deben ser individualizados**, **pues no hay un objetivo común ni un único modo de hacer las cosas**: depende de cada familia, del punto de partida y del momento evolutivo y la edad del niño.

Por ejemplo, es habitual que, a partir de cierta edad, la madre pida ayuda para que el bebé no se duerma solo con el pecho, ya que ella es la única que atiende los despertares (y *sé por experiencia que* hacer esto sola, día tras día, mes tras mes, puede ser agotador). Se puede intentar romper esa asociación entre alimentación y sueño modificando el orden del ritual para evitar que el bebé se duerma profundamente al pecho y probar otras formas de dormirlo, además de compartirlo con la pareja, si la hay. Pero ¡ojo!: ¿qué edad tiene el bebé? ¡No serían los mismos consejos en un bebé de 9 meses que en uno de 18! Por ello:

Identifica estos hábitos de sueño, plantéate si hay algo que quieras modificar y tu objetivo. Te recomiendo buscar un periodo de 3-4 semanas en el que puedas ser constante (incluso renunciar a otros planes por cumplir los horarios y rutinas).

Asegúrate de haber trabajado los puntos anteriores.

Cambia la forma de dormir del bebé poco a poco, adaptando estas rutinas que para ti son exigentes o retirándolas sutilmente. Aunque es difícil entrar en detalle, tienes que verlo como una escalera, con el punto de partida arriba y el objetivo abajo. Se trata de ir bajando escalones, ofreciendo apoyo de más a menos, hasta llegar a ese punto que te resulte más cómodo. Sube de escalón si tu hijo lo necesita, pero no dejes de avanzar hacia tu objetivo a medida que este vaya aceptando los cambios.

Modificar y normalizar cambios requiere tiempo, constancia y paciencia. Es posible que tu bebé no esté conforme, como ocurre en muchas decisiones que tomamos en la crianza (retirada del chupete, destete, inicio de la escuela infantil…), pero estará acompañado en todo momento. Debe saber que te tiene cuando te necesita. Siempre.

El bienestar de tu hijo es prioritario; por tanto, debes atender en todo momento y activamente sus necesidades físicas y emocionales, así como proporcionarle seguridad y confianza.

PATOLOGÍAS DEL SUEÑO

Los trastornos del sueño son alteraciones reales de la organización del sueño. Sin embargo, la mayoría de las consultas acerca del sueño infantil no son verdaderos trastornos, por fortuna, sino problemas derivados de esta falta de sincronía entre las necesidades del niño y las necesidades y obligaciones de los adultos. La educación de los hábitos de sueño desde el nacimiento es la mejor prevención.

Causas médicas que pueden afectar al sueño

Algunas enfermedades o procesos frecuentes en edad pediátrica pueden alterar el sueño, por lo que es recomendable la valoración de un pediatra para descartar alguna de estas entidades:

- Alergias.
- Dermatitis atópica.
- Erupción dental.
- Infecciones respiratorias, otitis…
- Trastornos digestivos: gases, cólico del lactante, reflujo gastroesofágico, estreñimiento…
- Parásitos intestinales.
- Trastornos respiratorios del sueño.

El **ronquido** no es normal en niños cuando sucede diariamente y no está asociado a una infección respiratoria. Podría tratarse de un **trastorno respiratorio obstructivo del sueño**, de diferentes grados: el más grave es el síndrome de apnea obstructiva del sueño. Se da por dificultad del paso del aire a través de la vía respiratoria, por lo general a causa de un gran tamaño de las amígdalas o adenoides, y aparecen síntomas respiratorios durante el descanso (ronquidos, respiración dificultosa, apneas, despertares…), lo que afecta a la calidad y cantidad de sueño, además de ocasionar problemas por el día (de aprendizaje y de conducta, somnolencia, dolor de cabeza e incluso hiperactividad y déficit de atención). El manejo dependerá de la causa, pero requerirá un tratamiento multidisciplinar y, en muchos casos, precisará cirugía.

Parasomnias

Las parasomnias son fenómenos muy comunes en la infancia, más frecuentes alrededor de los 2 y 6 años, aunque pueden aparecer antes y durar más tiempo. Aunque es normal que generen mucha angustia a las familias, son benignas y desaparecen con el paso del tiempo. Mantener una adecuada higiene de sueño del niño, respetar el descanso diurno si se necesita y ayudarlo a manejar sus miedos y preocupaciones (en las pesadillas) son la base de su prevención. Las más frecuentes son:

	TERRORES NOCTURNOS / PESADILLAS	
	Más frecuentes / Menos frecuentes	
¿CUÁNDO? / Fase NREM / Fase REM		
Primera mitad de la noche / Segunda mitad de la noche		
¿POR QUÉ? / Relación con: vivencias: acontecimientos y cambios, miedos y estrés, enfermedad, así		

sentimientos negativos.	componente hereditario (70 % antecedentes familiares).	
¿CÓMO LOS RECONOZCO?	[illegible] 10-15 minutos de duración, de agitación, llanto, gritos, sudoración, golpes, etc., con los ojos abiertos y la mirada perdida.	
Niño despierto, consciente de la realidad, te reconoce y se calma con tu presencia y contacto. Puede costarle dormirse de nuevo.	**Niño profundamente dormido**, **no se despierta fácilmente**, **no te reconoce**, **rechaza contacto**. Al finalizar el episodio, **vuelve a dormir fácilmente**.	
Recuerda el episodio, es capaz de describirlo.	**No recuerda el episodio.**	
¿CÓMO ACTUAR?	**Durante el episodio:** mantén la calma, sin intervenir ni tratar de despertarle. Permanece a su lado, protégelo para que no se haga daño y espera a que ceda. **Al día siguiente**: no hables de lo sucedido, puede preocuparse y estresarse.	Calma, tranquiliza a tu hijo, y quédate a su lado hasta que se vuelva a dormir. **Al día siguiente**: indaga acerca de las preocupaciones del niño, escúchalo, acompáñalo sin restar importancia y facilítale herramientas y recursos para combatir sus miedos.

Las pesadillas asustan a los niños; los terrores nocturnos, a los padres.

El **sonambulismo** comparte muchas características con los terrores nocturnos (tiene un componente hereditario, aparece en el primer tercio de la noche en fase no REM, el niño está dormido, no responde a estímulos ni recuerda lo sucedido…). El niño sonámbulo se incorpora de la cama con los ojos abiertos y la mirada perdida, deambula, mueve brazos y piernas, habla o da respuestas y muestra comportamientos del día a día (cambiarse de ropa, lavarse los dientes, encender las luces...). En estos casos, hay que observar sin intervenir, solo evitar que se haga daño.

Algunos motivos para consultar al pediatra:

- Sueño no reparador: dificultad para despertar o irritabilidad, dolor de cabeza matutino, somnolencia diurna.
- Problemas de conducta, hiperactividad o déficit de atención.
- Bajo rendimiento escolar.
- Necesidad de siesta diaria por encima de los 5 años.
- Ronquidos habituales, respira por la boca, apneas (pausas respiratorias unos segundos y reinicio brusco de la respiración), posturas anómalas durante el descanso (boca abierta, extensión exagerada de la cabeza…).
- Parasomnias muy frecuentes.
- Enuresis nocturna.
- Despertares nocturnos frecuentes (más de 3 a partir de los 2 años).
- Tarda más de 30 minutos en dormirse.

DUDAS, MITOS Y VERDADES

«DALE UN BIBERÓN DE CEREALES PARA QUE NO SE DESPIERTE.» No se ha probado que el aumento de la ingesta

calórica antes de dormir mejore el sueño infantil ni disminuya los despertares (de hecho, esta sobrealimentación puede resultar indigesta y empeorar el descanso). Además, es contraproducente para el bebé, pues aumenta el riesgo de caries, de sobrepeso y de obesidad.

«SI SE ACUESTA MÁS TARDE, SE LEVANTARÁ MÁS TARDE.» Probablemente no sea así, sino que el niño se despertará a la misma hora, pues su cronotipo por naturaleza es alondra. Puede tener peor calidad de sueño y más despertares por interferir en su sueño. Y, además, si duerme menos horas, no cubrirá sus necesidades de descanso.

«DOCTORA, ¿ME DA UNAS GOTITAS DE MELATONINA PARA QUE EL NIÑO DUERMA MEJOR?» La melatonina es la hormona que se secreta al llegar la noche para inducir el sueño (no disminuye los despertares), y que se puede administrar también en forma de suplementos. Sin embargo, la mayoría de los problemas de sueño mejorarán con el reajuste de expectativas y la modificación de los hábitos: la melatonina no será la solución. De hecho, debe ser pautada por un profesional sanitario tras un buen diagnóstico y asegurando un seguimiento estrecho, pues se limita a casos muy concretos en los que existe un verdadero trastorno de sueño. Tampoco son recomendables otros fármacos ni infusiones.

«SÁCALO DE TU DORMITORIO Y DORMIRÁ MEJOR.» Compartir habitación no tiene por qué ser el problema; de hecho, muchas familias descansan mejor de este modo, al no tener que desplazarse para atender al niño. El momento en que el bebé duerma en su propia habitación te corresponde a ti decidirlo, teniendo en cuenta que las recomendaciones del sueño seguro proponen esperar hasta los 6-12 meses.

«QUE NO SE ECHE SIESTAS. SI ESTÁ CANSADO, DORMIRÁ MEJOR.» Las siestas son tan importantes como el sueño nocturno y son necesarias para que el niño no llegue muy cansado a la noche. Al contrario de lo que se cree, que llegue a la noche con mucho sueño hará que aumente la hormona del estrés, el cortisol, lo que dificulta conciliar el sueño y empeora su calidad, dando lugar a más despertares. Es recomendable darles la oportunidad de dormir siestas hasta los 3-4 años.

«HAY QUE QUITARLE LA TETA PARA QUE DUERMA MEJOR.» La teta no tiene culpa de los despertares. Los niños no se despiertan solo por hambre, sino por múltiples motivos, entre ellos la necesidad de contacto y de acompañamiento para dormirse, debido a la propia maduración del sueño, con independencia de que sea con pecho, biberón o chupete. Por tanto, el destete no garantiza que el sueño mejore ni que disminuyan los despertares.

«DÉJALO QUE LLORE PARA QUE APRENDA A

DORMIR.» Un bebé que llora y no es atendido se rendirá por agotamiento, porque sabe que nadie acudirá a su llamada. En ningún caso es recomendable no atender a sus necesidades.

«Y LA ALMOHADA, ¿CUÁNDO?» La almohada sirve para alinear la cabeza y la columna vertebral y favorecer una postura cómoda. Antes de los 2 años, su uso no se recomienda e incluso puede estar contraindicado (es peligrosa por el riesgo de asfixia y no es adecuada anatómicamente). A partir de los 2 años, se puede utilizar (fina, firme y transpirable), ya que las proporciones del cuerpo del niño son más parecidas a las del adulto, pero no es imprescindible.

He sido madre lactante. He dormido a mi bebé al pecho una y otra vez, cada día y cada noche durante meses. Hemos dormido pegadas en la misma cama desde su primer día de vida, sincronizando nuestra respiración y movimientos. Mi cuerpo era su refugio, y su cuerpo, el mío. Si también lo haces así, no estás haciendo nada mal. Y al contrario tampoco.

Alrededor del año, y con mi vuelta al trabajo, mi descanso empezó a verse afectado, ya que era yo quien atendía todos y cada uno de los despertares: era el momento de cambiar. Empezamos a ajustar bien los horarios y a ser constantes con las rutinas y el ambiente. Modificamos esa forma de conciliar el sueño y decidimos que era el momento de pasar a la niña a su dormitorio. Con tiempo y paciencia, y sin necesidad de destetar, mejoramos el descanso, aunque hubo altibajos según las circunstancias (enfermedad, crisis…).

A partir de los dos años, los despertares han pasado a ser muy esporádicos y, cuando tienen lugar, ella misma es la que viene a nuestra cama, por lo que seguimos colechando muchas noches. Y me encanta.

Ahora mismo nos encontramos en una fase de resistencia a dormir (y también es frustrante en muchas ocasiones, ¡te lo aseguro!). Como ves, cada niño, etapa y momento es diferente: hay que ir paso a paso.

Te recomiendo tener paciencia, mucha paciencia con el sueño de tu pequeño. Entiende que es inmaduro, que requiere tu contacto y que, poco a poco, irá evolucionando. Aprende lo que es esperable en cada etapa. Observa a tu bebé y conócelo para ayudarlo a dormir cuando lo necesite. No olvides que los buenos hábitos y las rutinas son importantes. Duerme como podáis descansar mejor, tú y tu hijo, sin presiones respecto al cómo. Si tu descanso se ve afectado con el tiempo y necesitas hacer cambios, que sean paulatinos, siguiendo el ritmo del bebé y atendiendo sus necesidades en todo momento.

5. TU MANUAL DE PEDIATRÍA EXPRÉS Síntomas, enfermedades y accidentes

En este capítulo, quiero proporcionarte herramientas útiles y prácticas para que sepas manejar las situaciones que pueden darse durante la infancia de tu hijo con respecto a la salud. Son consejos y orientaciones que doy como pediatra, pero, si consideras que tu hijo debe ser valorado porque tu instinto así lo indica…, ¡estamos en consulta para atenderlo!

QUÉ HACER SI…

Tiene fiebre

La fiebre es uno de los motivos principales de consulta, ya que su aparición suele causar gran preocupación. ¡En cuanto notas que tu peque empieza a estar calentito, se encienden todas las alarmas! Pero, al contrario de lo que se cree, no debes temerla.

La fiebre es el aumento de **temperatura corporal por encima de 38 ºC axilar** (38,5 ºC rectal), y febrícula será aquella temperatura entre 37 y 38 ºC.

La causa más frecuente son las **infecciones**, sobre todo **víricas**.

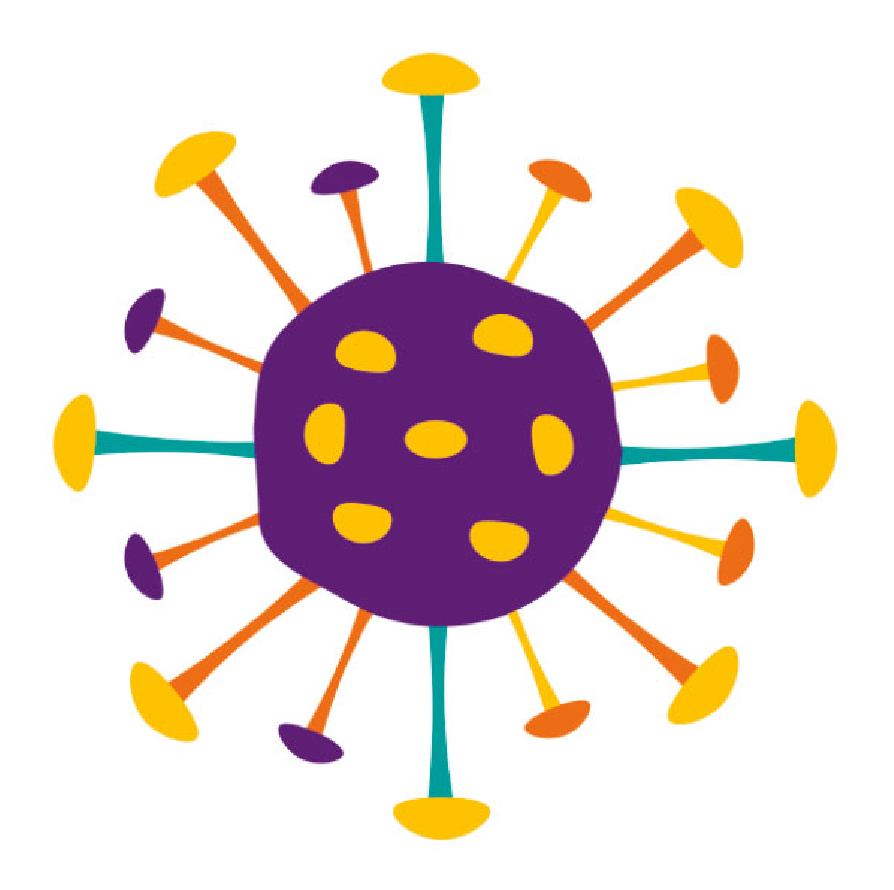
La fiebre no es nuestra enemiga, es nuestra aliada para combatir la infección, ya que, al aumentar la temperatura corporal, se activa el sistema inmunológico, que luchará contra los microorganismos.

Es un síntoma, muchas veces acompañado de otros que ayudan a orientar el diagnóstico (aunque en ocasiones no llegamos a establecer un diagnóstico concreto).

No es peligrosa: no produce daño ni secuelas.

El grado de la fiebre y su descenso tras el antitérmico no orienta sobre su causa ni se correlaciona con la gravedad del proceso. Hay infecciones graves que provocan poca fiebre, y al revés.

Si sospechas que tu hijo tiene fiebre (está caliente, con malestar y temblores, respiración rápida…) hay que confirmarlo. Se recomienda **medir la temperatura periférica (en axila) con un termómetro digital**, por ser el método más seguro, preciso y no invasivo. Los termómetros infrarrojos son imprecisos, por lo que habría que confirmar la temperatura con un termómetro digital.



¿Cómo actuar?

Asegurar una buena hidratación ofreciendo líquidos con frecuencia.

Tomar medidas físicas:

No abrigar al niño en exceso, vestirlo con ropa ligera.

Mantener una temperatura ambiental agradable.

Aplicar paños o bañar es de dudosa eficacia. De realizarse, que sea con agua tibia y agradable para el niño.

Administrar antitérmicos si la fiebre se acompaña de malestar: es fundamental recordar que el objetivo es aliviar el malestar que la fiebre provoca y mejorar el confort, no bajar la fiebre. Por tanto, no siempre debemos tratarla.

Sus efectos no son inmediatos, empiezan tras 30-60 minutos y alcanzan el máximo efecto a las 2-4 horas.

La temperatura descenderá 1-1,5 ºC, pero no necesariamente se alcanzará la temperatura corporal normal. De hecho, si el niño está en plena subida y se le da un antitérmico, cuando este empieza a hacer efecto, el pico febril habrá alcanzado mayor grado, por lo que es muy probable que tengas la sensación de

que la fiebre no le baja.

El objetivo de tratar la fiebre es que el niño esté más cómodo, por lo que, si mejora su malestar, ¡objetivo cumplido!

Las dosis se calculan en función del peso y dependen de la concentración de la medicación.

Es preferible la vía oral, ya que se puede ajustar mejor la dosis al peso y la absorción es más adecuada que la rectal.

Idealmente, elegir un solo antitérmico y respetar el intervalo entre las dosis. No se recomienda alternarlos sistemáticamente (no es más eficaz y aumenta el riesgo de errores de dosis y efectos secundarios), solo de manera puntual si hay un malestar importante y el pediatra lo indica.



LOS MEDICAMENTOS MÁS EMPLEADOS EN PEDIATRÍA

PARACETAMOL	IBUPROFENO
Antitérmico (disminuye la fiebre) Analgésico (disminuye el dolor)	
Antiinflamatorio (disminuye la inflamación)	
Desde el nacimiento	A partir de 3-6 meses
Cada 4-6 horas	Cada 6-8 horas
Oral o rectal	
De elección para la fiebre	De elección si hay componente inflamatorio (amigdalitis, otitis)

A la hora de tratar la fiebre, no mires el termómetro: ¡mira a tu hijo!
Si tiene fiebre, pero está tranquilo, contento, jugando, sin malestar: no hay que tratarlo.
Si está molesto, irritable, con dolor, con o sin fiebre: hay que tratarlo.

Guardar reposo en casa, por lo que el niño deberá permanecer 24 horas sin fiebre antes de volver al cole.

Consultar en caso de:

Menor de 3 meses.

Mal estado general: decaimiento y somnolencia o mucha irritación

a pesar de bajarle la fiebre.
Piel pálida, grisácea, moteada.
Manchas rojas que no desaparecen con la presión (petequias).
Convulsión o pérdida de conocimiento.
Dificultad respiratoria.
Dolor de cabeza intenso que no mejora con analgesia, sobre todo si va asociado con vómitos.
Articulación inflamada o cojera.

Mi hijo acaba de empezar con fiebre:

MENOR DE 3 MESES: consulta.*

ENTRE 3-24 MESES: si hay síntomas de alarma, consulta. Si no, pide cita en 48-72 horas.

MAYOR DE 2 AÑOS: si hay síntomas de alarma, consulta. Si no, pide cita en 3-5 días.

*Salvo si es por reacción a vacunación.

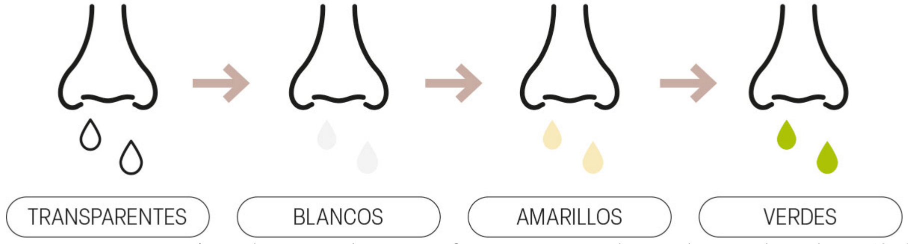
Algunos errores:
Tratar de bajar la fiebre a toda costa.
Alternar antitérmicos sistemáticamente.
No aliviar el malestar del niño para que el pediatra lo vea con fiebre.
Abrigar en exceso.
Bañar o aplicar paños de agua fría.
Dar friegas con compresas de alcohol.
Forzar a comer.
Dar antitérmicos para prevenir la convulsión febril o la aparición de fiebre tras vacunas.
Correr a urgencias al inicio de la fiebre.

«¡Lo noto con fiebre! Vamos al médico.» Es frecuente recibir en la consulta a niños con fiebre de escasos minutos de evolución. En general, los niños mayores de 3 meses sin síntomas de alarma pueden manejarse desde casa: se recomienda que los revise el pediatra si la fiebre persiste tras 48-72 horas en menores de 2 años, e incluso de 3-5 días si el niño tiene más edad, salvo que aparezcan síntomas de alarma.

Con tan poco tiempo de evolución, es probable que no pueda conocerse el origen de la fiebre, ya que puede ser el primer síntoma de la enfermedad o incluso el único. Además, la mayoría de los cuadros de fiebre se resuelven solos en 24-48 horas.

Tiene tos o mocos, o presenta dificultad respiratoria

Los **mocos** tienen la función de lubricar e hidratar las vías respiratorias, proteger de la entrada de partículas (y gérmenes) del ambiente y transportar las células defensivas. La causa más frecuente del aumento de mucosidad son las infecciones víricas. Al contrario de lo que se cree, su color no ayuda a identificar el tipo de infección ni es sinónimo de complicación; de hecho, el cambio de coloración forma parte de la evolución normal del catarro:



La **tos** es un motivo de consulta muy frecuente por lo molesta, duradera (2-3 semanas, pero se puede prolongar 4-8 semanas en algunas enfermedades) y difícil de controlar que es. Se trata de un mecanismo de defensa cuyo objetivo es mantener la vía aérea limpia y permeable, movilizando y eliminando partículas del ambiente, un cuerpo extraño en un atragantamiento o, lo más habitual, la mucosidad de un catarro.

La tos y los mocos son molestos, pero son nuestros aliados.

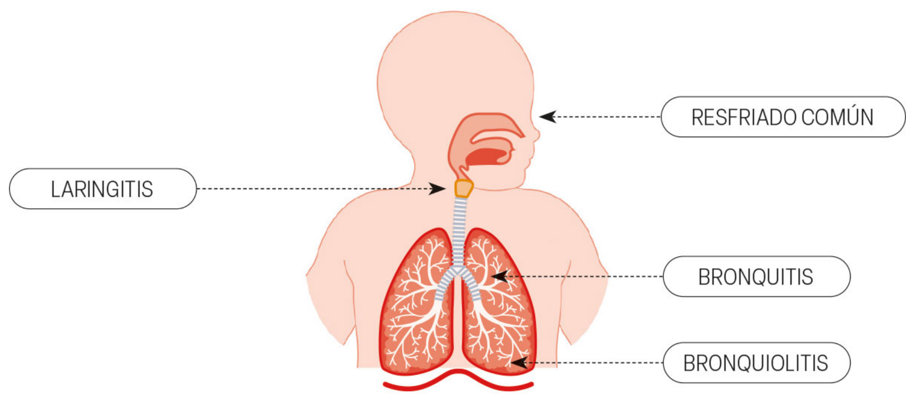
La **dificultad respiratoria** puede aparecer en diferentes enfermedades, y es habitual en aquellas en las que se produce una inflamación de las vías respiratorias que dificulta el paso de aire, en cuyo caso el niño realizará un sobreesfuerzo con los músculos para respirar.

VIRUS EN VÍAS RESPIRATORIAS → INFLAMACIÓN Y MOCO → DIFICULTAD PASO DE AIRE → DIFICULTAD RESPIRATORIA

Esta se puede clasificar según la zona afectada:

Vías respiratorias altas

Resfriado común o catarro: infección vírica fácilmente transmisible mediante gotitas que se emiten al hablar, toser o estornudar, y objetos contaminados.



Puede aparecer dolor de garganta, mucosidad, tos, fiebre, malestar y disminución del apetito. La fiebre suele durar 2-4 días, pero la mucosidad y, sobre todo, la tos pueden tardar en resolverse hasta 2-3 semanas.

Para tener un resfriado, es preciso el contacto con un enfermo. Aunque es cierto que el frío favorece la propagación de infecciones, los virus no se transmiten por ir descalzos, poco abrigados ni por tener el pelo mojado. En la infancia, los resfriados son tan frecuentes que pueden encadenarse. ¡Por eso se dice que los niños son unos mocosos!

Laringitis: inflamación de la laringe fácilmente reconocible por la aparición de una tos muy característica, metálica, que recuerda al ladrido de un perro, frecuentemente nocturna, y afonía. A veces, el niño hace un ruidito al tomar aire (estridor) o presenta dificultad respiratoria. Es recomendable que el niño esté en un ambiente tranquilo (evitar que se agite), que respire aire húmedo (sacarlo al balcón, abrir el congelador, respirar el vapor de la ducha) y que tome antiinflamatorios (ibuprofeno y, en ocasiones, corticoides bajo indicación del pediatra).

Vías respiratorias bajas

Bronquiolitis: primer episodio de dificultad respiratoria en el niño menor de 2 años provocada por virus, principalmente el virus respiratorio sincitial (o VRS). Después de 2-3 días de cuadro catarral, el virus produce una inflamación y secreción de moco en los bronquiolos (parte final del árbol respiratorio), obstruyéndolos y dando lugar a la dificultad respiratoria. Puede conllevar fiebre, malestar y pérdida de apetito. La tos puede durar 4-8 semanas.

Bronquitis: episodios posteriores, en ocasiones recurrentes, de inflamación y obstrucción bronquial en los que se produce además una contracción de la musculatura que se encuentra alrededor de los bronquios (por este motivo en ocasiones utilizamos el término **broncoespasmo**). La causa más frecuente siguen siendo los virus, y suelen mejorar con la edad. Sin embargo, si son muy frecuentes, podría tratarse de asma.

Los mocos no «bajan» al pecho: que un catarro evolucione a una bronquiolitis o bronquitis dependerá de la capacidad del propio virus para inflamar la vía respiratoria inferior y de la predisposición de cada niño.

Asma bronquial: enfermedad pulmonar crónica en la que se producen episodios de broncoespasmo de manera recurrente por diferentes causas, principalmente infecciones y alergias ambientales, pero también por exposición al tabaco u otros irritantes, la práctica de ejercicio, etc. Tiene un componente hereditario y está relacionado con antecedentes personales o familiares de dermatitis atópica y alergias.

El pilar de tratamiento de los episodios de bronquitis o asma consiste en la administración de broncodilatadores, fármacos inhalados que «abren» los bronquios y mejoran la respiración del niño. Puede ser necesario, además, asociar un corticoide oral para reducir la inflamación. En caso de ser recurrentes, el pediatra indicará un tratamiento preventivo.

En las bronquiolitis el tratamiento está orientado a mejorar el confort de los bebés hasta que remita la enfermedad. Tampoco hay tratamiento curativo y en la mayoría de niños el tratamiento broncodilatador no resulta eficaz, por lo que no se recomienda de manera rutinaria.

En ambas situaciones, si el proceso empeora, el niño necesita oxígeno, no come ni bebe o tiene dificultad respiratoria importante, será necesario el ingreso hospitalario.

¿Qué hacer en casa?

Asegurar una buena hidratación.

Ofrecer alimentación sin forzar, saludable y apetecible. Puede ser necesario fraccionar las tomas en bebés.

Colocar al niño semiincorporado para descansar: elevar ligeramente el cabecero de la cama, dejarlo descansar sobre nuestro regazo, llevarlo de paseo en la silla…

Eliminar irritantes del ambiente (polvo, humo, tabaco…).

Administrar analgesia si aparece malestar.

Limpiar la mucosidad nasal a demanda: siempre que sea necesario por incomodidad, sobre todo antes de comer o de dormir. Animar al niño a sonarse con un pañuelo o hacerle lavados nasales con suero fisiológico (con jeringuilla o pulverizador) para arrastrar el moco.

LAVADO NASAL

<4-5 meses (sin control de cuello y espalda):

Tumbarlo de lado con la cabeza ligeramente elevada.

Aplicar suero* en el orificio nasal que queda arriba.

Descansar.

Volver la cabeza hacia el otro lado y repetir en el otro orificio.

>4-5 meses (se mantienen sentados con apoyo con buen control de la cabeza):

Sentarlo ligeramente inclinado hacia delante.

Aplicar el suero* en cada uno de los orificios nasales, con la boca abierta.

* Con determinación y presión constante pero suave.



Tratar específicamente la causa de la tos, bajo prescripción del pediatra, en aquellas enfermedades que lo precisen.

Si tu hijo padece episodios de bronquitis de repetición, ante la sospecha de un nuevo episodio comienza con el tratamiento pautado por su pediatra. ¡No retrases la medicación!

TRATAMIENTO INHALADO

La vía inhalatoria es una forma de administración de medicación que permite actuar directamente sobre los bronquios. En pediatría, la utilizamos para administrar principalmente dos tipos de fármacos: **broncodilatadores** para abrir los bronquios en el momento agudo de la bronquitis o asma, y **antiinflamatorios** como tratamiento preventivo en niños con episodios recurrentes.

Independientemente de la edad, se recomienda usar **cámaras espaciadoras**, gracias a las cuales las partículas quedan en suspensión y pueden ser inhaladas sin necesidad de coordinar el «puf» con la inspiración. Además, facilitan que la medicación se deposite en los pulmones, y no en la boca o el estómago. Los niños pequeños deben utilizar una mascarilla facial y los niños mayores pueden usar directamente la boquilla de la cámara, aunque también existen otros dispositivos para estos últimos.

El error en la técnica de administración es el principal motivo de falta de respuesta al tratamiento. ¡Asegúrate de administrar la medicación correctamente!

Otros:

MIEL: antes de dormir, puede ayudar a calmar la tos nocturna e irritativa y mejora el descanso. No usarla nunca antes de los 12 meses y asegurar una buena higiene dental posteriormente.

FISIOTERAPIA RESPIRATORIA: ayuda a limpiar el exceso de mucosidad, optimiza la función respiratoria en algunos niños y mejora las medidas de higiene y prevención en casa.

CEBOLLA: no existe inconveniente en usarla, pero ten en cuenta que no hay estudios que avalen su eficacia.

HUMIDIFICADOR: su uso es controvertido. Si lo recomienda un profesional, lo ideal será emplearlo en periodos cortos de tiempo y no sobrepasar el 50 % de humedad. Es fundamental una buena higiene del aparato tras cada uso. Para evitar la sequedad ambiental hay que limitar la calefacción en invierno y colocar un recipiente con agua encima del radiador u otra fuente de calor.

¡El mejor mucolítico es el agua!

No se recomienda:

Dar jarabes antitusivos, antihistamínicos, mucolíticos, descongestivos o anticatarrales. No han demostrado ser eficaces en niños y no están exentos de efectos adversos, por lo que no deberían utilizarse en menores de 6 años, ¡y menos antes de los 2 años!

La tos es un mecanismo de defensa, por lo que no debe frenarse.

Homeopatía, jarabes «naturales» e infusiones: sin eficacia demostrada y con riesgos.

Ungüentos balsámicos o aceites esenciales (en la piel o para inhalar su vapor): no hay estudios que apoyen su uso y pueden actuar como irritantes de las vías respiratorias y empeorar el cuadro.

Utilizar aspirador de mocos o «sacamocos»: puede irritar todavía más las fosas nasales, no es higiénico y no limpia la mucosidad correctamente.

Antibióticos: solo en caso de infección bacteriana. ¡Los virus no se curan con antibióticos!

Consultar en caso de:

Menor de 3 meses.

Mal estado general: decaimiento y somnolencia o mucha irritación, a pesar del uso de antitérmicos o analgésicos.

Escasa ingesta mantenida.

Dificultad para respirar:

Respiración rápida, acelerada y agitada (taquipnea).

Tiraje: costillas marcadas, hundimiento del hueco que hay por encima del esternón, mucho movimiento de tripa o apertura de las fosas nasales.

Piel muy pálida o azulada.

Ruidos al respirar (pitos, etcétera).

Respiración cansada o entrecortada.

Pausas respiratorias (apneas).

Ausencia de respuesta al tratamiento inhalado pautado o empeoramiento, así como necesidad de inhalaciones muy frecuentes, cada menos de 2-3 horas.

Tos perruna y estridor (sonido fuerte y agudo al tomar el aire) en reposo.

Tos en accesos, con cambios de color (labios o cara azules).

Babeo excesivo o dificultad para tragar.

Sospecha de atragantamiento.

Si aparece dolor de oído, la fiebre dura más de 3-5 días o la tos no mejora tras 3-4 semanas, pide cita con el pediatra.

¿Sabías que…?

El acúmulo de moco puede obstruir la nariz y simular la presencia de dificultad respiratoria, con aparición de «ruidos» y vibración en el pecho.

El moco también puede salir por los ojos y observarse legañas, en ausencia de ojo rojo.

La fiebre hace que el niño respire más rápido.

Ante la duda, hazle un buen lavado nasal, ocular o valora administrarle un antitérmico y observa si mejora.

Tiene diarrea o vómitos

La **diarrea** es la disminución de la consistencia de las deposiciones (blandas o líquidas) junto con el aumento de la frecuencia. Suele darse por una infección vírica, pero puede deberse a causas no infecciosas (alimentos en mal estado, intolerancias, antibióticos…).

El **vómito** es la expulsión violenta por la boca del contenido del estómago. Es un síntoma inespecífico que puede estar detrás de muchas enfermedades, aunque la causa más frecuente es una infección vírica. También puede aparecer con catarros, otitis, infecciones de orina, alergias e incluso enfermedades neurológicas o digestivas.

GASTROENTERITIS AGUDA

Inflamación del tracto gastrointestinal por una infección vírica, aunque también puede estar provocada por bacterias o parásitos. Pueden aparecer síntomas aislados o el cuadro clínico completo:

Diarreas.

Dolor abdominal.

Vómitos.

Síntomas generales: fiebre, malestar o apetito reducido.

Se contagia por transmisión fecal-oral (de persona a persona, a través de deposiciones de una persona enferma, contaminación de agua o de alimentos), por lo que es importante una higiene de manos adecuada, sobre todo tras cada cambio de pañal.

La mayoría de las gastroenteritis, incluso bacterianas, se curan solas en 7-10 días sin tratamiento específico ni complicaciones.



¿Cómo actuar?

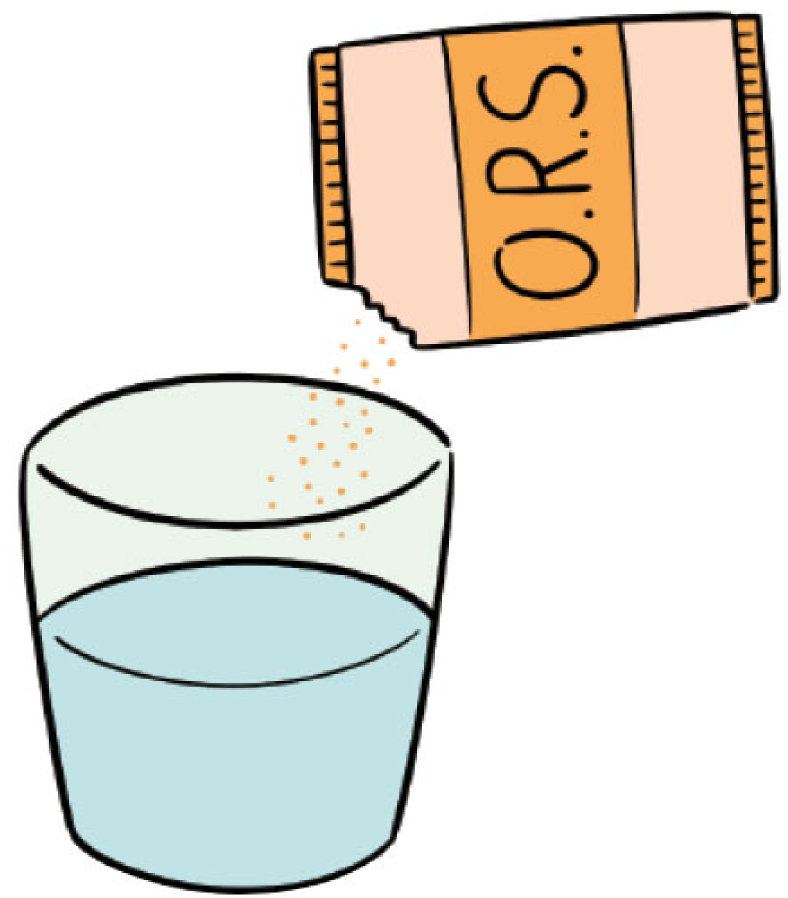
El objetivo del tratamiento es evitar la deshidratación. Cuanta más cantidad y frecuencia de vómitos y diarreas, más riesgo.

Ofrecer líquidos con frecuencia para reponer las pérdidas y asegurar una buena hidratación:

Lactantes: mantener leche materna o artificial sin cambios.

Demás niños: **suero de rehidratación oral**, de venta en farmacias, con cantidades ideales de agua, sales minerales y azúcares para que el niño se recupere.

Si el niño come aceptablemente y los vómitos o diarreas son esporádicos, se le puede hidratar con agua. En caso contrario, no es suficiente.



Si vomita:

Hacer reposo digestivo (sin comer ni beber) durante 30-40 minutos.

Iniciar tolerancia con líquidos ofreciendo pequeñas cantidades de suero de rehidratación, despacito. Primero, a sorbitos o mediante jeringuilla (por ejemplo, 5 ml cada 5-10 minutos), en cantidades y frecuencia crecientes según tolerancia.

Si no vomita en unas horas y tiene apetito, dar comida en pequeñas cantidades sin forzar.

Dar alimentación precoz (lo antes posible, en cuanto tenga apetito), **habitual y apetecible** (no requiere de una dieta especial), **pero sin forzar**. Debe ser una dieta saludable, evitando alimentos grasos y azucarados.

Tratar el malestar o el dolor con analgésicos.

Administrar probióticos si lo indica el pediatra. Algunos disminuyen la intensidad y la duración de la diarrea, aunque de forma

discreta.

No se aconseja:

Ayuno prolongado o forzar a comer.

Realizar una dieta astringente o blanda.

Retirar lácteos, incluyendo lactancia materna y artificial, ni modificar la el tipo de fórmula* ni la concentración del biberón.

Uso de zumos, refrescos, bebidas isotónicas o soluciones caseras: su proporción de agua y sales no es adecuada para rehidratar e incluso puede ser contraproducente, ya que puede empeorar la diarrea.

Fármacos para cortar los vómitos/diarreas.*

Antibióticos.*

Consultar en caso de:

Menor de 3 meses.

Rechazo a beber líquidos de forma mantenida.

Vómitos:

Persistentes, sin lograr tolerancia.

Verdes, con sangre o marrón oscuro.

Diarrea:

Con abundante sangre.

Negra.

Muy líquida y abundante, e incapacidad de beber al ritmo que se pierden líquidos.

Signos de deshidratación:

Boca seca.

Llanto sin lágrimas.

Ojos hundidos, ojeras.

Decaimiento o irritabilidad.

Orinas escasas o muy concentradas.

Mucha sed.

Pide cita con el pediatra si la diarrea dura más de 10-15 días o es recurrente.

* Salvo indicación médica.

Siente dolor

Existe la tendencia a sobretratar la fiebre e infratratar el dolor. Muchos niños entran en mi consulta con importante dolor o malestar y los cuidadores me dicen que no les han dado medicación para no enmascarar los síntomas. El dolor hay que tratarlo, independientemente de la causa, y esa será la prioridad. Además, a la hora de valorar a un niño, es más fácil hacerlo cuando se encuentran bien. Por tanto, si tu hijo empieza a referir dolor o no se siente bien, dale el analgésico habitual y observa si mejora. En ausencia de síntomas de alarma, pide cita con tu pediatra si la molestia se mantiene o es recurrente.

La garganta

El dolor de garganta se produce por diferentes motivos, pero son las

infecciones las que suelen provocarlo. Además, puede disminuir el apetito y haber otros síntomas que ayudarán orientar el diagnóstico.



Amigdalitis, **faringitis**, **faringoamigdalitis**: inflamación en la garganta cuyo nombre depende de la zona inflamada: amígdalas, faringe o ambas, respectivamente. Es un motivo de consulta muy frecuente en pediatría, y las hay de dos tipos:

> **AMIGDALITIS VÍRICA**: la más frecuente en todas las edades (>90 %) y se caracteriza por dolor de garganta, fiebre y otros síntomas como tos, mocos, ojos rojos, llagas en la boca, etc. Se cura sola en unos días.
>
> **AMIGDALITIS BACTERIANA** (*Streptococcus pyogenes*): suponen el 20-30 % a partir de los 3 años, y son excepcionales antes de esta edad. Hay dolor de garganta intenso, dificultad para tragar, fiebre alta y mal aliento. No suele haber síntomas catarrales. En ocasiones, aparece una erupción en la piel (escarlatina, pág. 168), dolor de cabeza y de barriga. Necesita tratamiento antibiótico.

Diferenciarlas no siempre es fácil: por ello, cuando exista sospecha y haya

disponibilidad, se recomienda analizar una muestra de la saliva para pautar antibiótico solamente en el caso de confirmarse el origen bacteriano.

Aftas: llagas o úlceras dolorosas en la boca que producen molestias al tragar y disminución de apetito. Por lo general se deben a infecciones víricas, por lo que es frecuente que conlleve fiebre, malestar, síntomas catarrales…

En casa:

Ofrecer líquidos de manera frecuente.

Dar alimentación suave y de fácil masticación, sin forzar. En caso de aftas, evitar alimentos ácidos, salados, picantes o muy calientes, ya que empeoran el dolor.

Administrar analgésico para aliviar el dolor y la inflamación (para las aftas existen productos de venta en farmacias que alivian las molestias).

Consultar en caso de:

Malestar general.

Rechazo de líquidos.

Signos de deshidratación (pag. 158).

Consultar al pediatra si el dolor de garganta es importante y va acompañado de fiebre alta o no mejora en 2-3 días a pesar del analgésico.

La barriga

El dolor abdominal es una sensación de molestia en el abdomen. Es muy frecuente y puede aparecer por muchos motivos, casi siempre en relación con procesos benignos: infecciones víricas, gases, estreñimiento e incluso nervios, estrés o preocupación. Para orientar el diagnóstico, suele ser suficiente con la historia clínica y la exploración.

En casa:

Favorecer un ambiente tranquilo, aunque si el niño se encuentra bien puede mantener su actividad normal.

Colocarlo en una postura cómoda (suelen estar mejor encogidos).

Dar un masaje abdominal suave.

Invitarlo a defecar y a expulsar gases.

Ofrecer líquidos con frecuencia.

Ofrecer alimentos saludables sin forzar, evitando azúcares, fritos, comidas copiosas o bebidas gaseosas.

Administrar analgesia para el dolor.

Consultar en caso de:

Malestar general, decaimiento o somnolencia.

Irritabilidad importante con llanto inconsolable.

Dolor continuo, cada vez más intenso, de tal forma que no puede mantener su actividad habitual o se despierta por la noche.

Dolor localizado y persistente en el lado derecho del abdomen.

Vómitos continuos verdes o con sangre.

Deposiciones negras o con sangre.

Abdomen tenso y duro.

Cirugía reciente en abdomen o tras un golpe importante.

En general: dolor agudo, tipo retortijón, que viene y va: no preocupa. Dolor continuo y persistente que no cede y va a más: preocupa.



Apendicitis: inflamación del apéndice, una porción de tejido localizado en el inicio del intestino grueso, por lo que habrá dolor en la parte inferior y derecha del abdomen. El dolor suele ser continuo y va en aumento a lo largo de las horas, junto con un empeoramiento del estado general y en ocasiones acompañado de fiebre, náuseas y vómitos. Para su diagnóstico, es importante palpar el abdomen y apoyarse en pruebas complementarias, como una ecografía o una analítica de sangre. El tratamiento será quirúrgico.

Si el dolor no mejora o aparece de manera recurrente, consulta al pediatra. Observa si sigue algún patrón (se da antes o después de las comidas, surge en situaciones de estrés…), así como sus características y la presencia de otros síntomas (estreñimiento, reflujo…). Te recomiendo rellenar un calendario con los síntomas para mostrárselo al pediatra el día de la consulta.

La cabeza

La **cefalea** es un síntoma muy frecuente y preocupante, pero por lo general es benigna y no precisa siquiera de estudio o tratamiento. Suele ser un síntoma que acompaña a procesos banales, como infecciones (catarro, gripe, otitis), o se desencadena por el cansancio o estrés. Algunos niños pueden tener dolor de cabeza de forma repetida; habitualmente, migraña y cefalea tensional.

En casa:

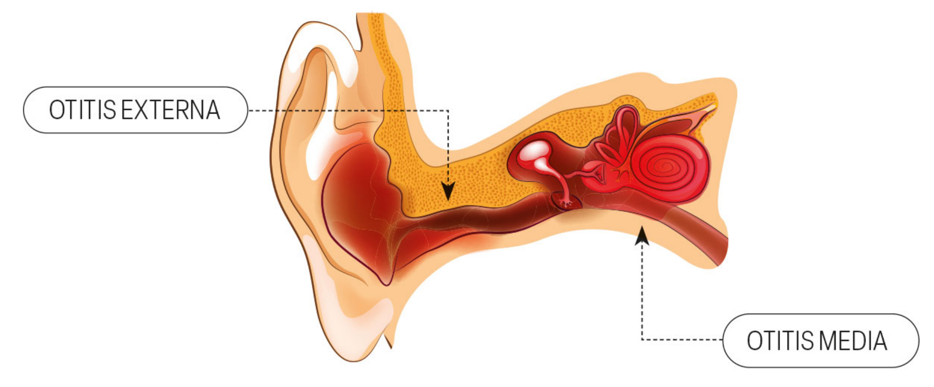
- Crear ambiente tranquilo, sin ruidos ni luz, y evitar pantallas.
- Animar a dormir y descansar.
- Administrar analgesia si hay dolor.
- Consultar en caso de:
- Dolor muy intenso que no cede con analgesia habitual.
- Dolor que despierta al niño por la noche o aparece al despertar.
- Interferencia en las actividades del día a día.
- Vómitos repetidos, sobre todo violentos y matutinos.
- Aumento del sueño o dificultad para despertar.
- Cambios en el comportamiento.
- Otros síntomas neurológicos: visión alterada, dificultad para caminar o hablar, etcétera.

Si los episodios se repiten, conviene llevar un registro (calendario de cefaleas) para que lo valore el pediatra. En niños con cefaleas recurrentes, con el objetivo de prevenir los episodios, se recomienda lo siguiente:

- Evitar las situaciones detectadas como desencadenantes: comer determinados alimentos, el exceso o falta de sueño…
- Seguir horarios regulares de sueño y alimentación, evitando el ayuno prolongado.
- Mantener una hidratación adecuada.
- Practicar ejercicio físico de forma regular.
- Abordar psicosocialmente si se identifica el estrés como desencadenante.

El oído

El dolor de oído u otalgia es un síntoma muy frecuente en pediatría. Muchas veces, aparece junto con el resfriado, ya que la inflamación y la mucosidad en la vía respiratoria puede afectar al oído.



Otitis media: inflamación del oído por detrás del tímpano.

Típica de los meses fríos.

Complicación habitual de un catarro.

Dolor de oído, fiebre alta, irritabilidad, alteración del apetito y del descanso. En ocasiones, supuración del oído (otorrea).

La mayoría se cura con antiinflamatorios durante 2-3 días, aunque en algunos casos será necesario emplear antibiótico oral.

Otitis externa: inflamación del conducto auditivo externo.

Típica del verano.

Proliferación de gérmenes por la humedad del agua, por pequeños traumatismos, ausencia de cerumen o sequedad de la piel del oído.

Dolor de oído que se acentúa al tocar o presionar la oreja en ausencia de fiebre.

Tratar el dolor y antibiótico en gotas, administradas directamente en el oído. Es recomendable no mojar los oídos hasta que se cure.

Prevención: emplear tapones o gorro al nadar, evitar el uso de bastoncillos y secar la parte externa de los oídos y utilizar gotas de ácido acético 2% o alcohol 70° boricado tras el baño.

En casa:

Administrar analgesia si hay dolor.

Consultar al pediatra en caso de:

Niño muy pequeño.

Fiebre muy alta, supuración, dolor muy intenso, afectación de ambos oídos.

Ausencia de mejoría tras 2-3 días de antiinflamatorios pautados.

Parte posterior a la oreja enrojecida y dolorosa con separación del pabellón auditivo.

Sospechas de una otitis externa.

En caso de otitis de repetición (más de 3 episodios en menos de 6 meses o 4 en un año), ausencia de respuesta al tratamiento habitual o complicaciones, el pediatra remitirá al niño al otorrinolaringólogo para que lo valore.

Se desmaya

El **síncope** es la pérdida de conocimiento brusca y breve, precedida habitualmente de palidez, sudoración fría, mareo, visión borrosa, náuseas o vómitos. El niño puede llegar a caer al suelo, pero la recuperación tras el episodio es rápida.

En muchas ocasiones, sucede ante dolor, miedo o ansiedad, así como por aglomeraciones o por levantarse rápidamente… Por tanto, evitar estas situaciones si el niño tiene predisposición es importante para prevenir nuevos episodios, así como explicarle que, cuando empiece a sentirse mareado, deberá sentarse o tumbarse para no hacerse daño si pierde el conocimiento. La mayoría de los síncopes no suceden por problemas de salud importantes, por lo que no suele hacerse ningún estudio.

En casa:

Tumbarlo boca arriba con las piernas en alto. Cuando se encuentre mejor, podrá incorporarse poco a poco, primero sentándose durante unos minutos antes de levantarse.

Ofrecerle líquidos.

Crear un ambiente ventilado y fresco.

Aflojarle la ropa.

Consultar si:

Pierde el conocimiento más de 5 minutos o recuperación lenta.

Sucede tras un golpe en la cabeza.

Presenta convulsiones.

Presenta dolor torácico o palpitaciones.

Sucede durante el ejercicio, al hacer un esfuerzo o sin un desencadenante claro.

Tiene una convulsión

Es la pérdida brusca de consciencia, con el cuerpo rígido (hipertonía) o flácido (hipotonía), y puede acompañarse de sacudidas. Es frecuente que el niño tenga la boca cerrada con fuerza y los labios azules, que se haga pis encima y tenga la mirada perdida. Suele durar poco tiempo, la mayoría menos de 5 minutos y, tras el episodio, el niño se queda somnoliento y confuso hasta que, poco a poco, se recupera.

La más frecuente es la convulsión febril.

Convulsión febril: respuesta cerebral ante el cambio brusco de la temperatura corporal en algunos niños sanos. Existe una predisposición genética y son relativamente frecuentes entre los 6 meses y 5 años. La mayoría de las veces suceden el primer día de fiebre y, al contrario de lo que se cree, cualquier proceso febril puede desencadenarla (catarro, gastroenteritis, otitis, amigdalitis…). Es la subida o bajada rápida de temperatura la que desencadena la convulsión, no el grado de fiebre que se alcance.

Aunque es una situación muy desagradable y angustiosa, el niño no corre peligro. Tiene un buen pronóstico y no deja secuelas. Tampoco predispone a tener epilepsia (enfermedad neurológica caracterizada por padecer convulsiones sin fiebre), aunque 1 de cada 3 niños volverá a tener una convulsión febril en su infancia. Desaparece con la edad y, en la mayoría de las ocasiones, no requiere de estudio ni tratamiento.

¡Mira la hora y controla la duración!



En casa:

Mantener la calma y esperar a que ceda.
Proteger al niño:
Alejarlo de objetos con los que pueda golpearse.
Poner algo blando debajo de su cabeza.
Aflojar las prendas que le aprieten.
Colocarlo tumbado de lado (posición lateral de seguridad).
Llamar al 112 si dura más de 3-5 minutos.
Consultar en caso de:
Convulsión, sobre todo si es el primer episodio.
Se repite la convulsión en el mismo episodio febril.
Ha durado más de 5 minutos.
Sucede pasadas las 24 horas del inicio de la fiebre.
No se recupera pasados unos minutos (está adormilado, decaído…).
No se aconseja:
Introducir nada en la boca.
Sujetar ni tratar de detener los movimientos.
Realizar una reanimación cardiopulmonar.

Le salen granitos en la piel

Las erupciones en la piel son muy habituales, con características y distribución variables y causas múltiples (infecciones, cambios de temperatura, alergias, irritaciones locales…), pero lo más importante es diferenciar las benignas de las potencialmente graves:

GRANITOS QUE NO PREOCUPAN	**GRANITOS QUE SÍ PREOCUPAN**
Exantemas: manchas rojizas que desaparecen con la presión o al estirar la piel.	**Petequias**: manchas rojizas de color vinoso que no desaparecen con la presión o al estirar la piel.

En casa:

Analgesia si hay dolor o malestar.

Ofrecer líquidos al niño frecuentemente y no forzarlo a comer.

Mantener sus manos limpias y las uñas cortas.

Consultar en caso de:

Lesiones en la piel de color vino que no se difuminan al estirar la piel (petequias), sobre todo si se acompañan de fiebre.

Mal estado general, dificultad respiratoria o signos de deshidratación.

Aparición tras la ingesta de un alimento junto con otros síntomas de inicio repentino (dificultad respiratoria, vómitos, pérdida de conocimiento).

Varios hematomas sin traumatismo que los justifique.

Pide cita con el pediatra para confirmar el diagnóstico, si tiene picor intenso que no se alivia, así como si sospechas de escarlatina o de infección de heridas.

A continuación, describo algunas enfermedades típicas:



EXANTEMAS VÍRICOS: erupción producida por virus. Son benignos y se curan en unos días sin necesidad de ningún tratamiento específico ni complicaciones importantes. Aunque en algunos casos son muy inespecíficos, hay otros que por sus características podemos

diagnosticar de forma concreta:

Enfermedad mano-pie-boca: lesiones en la piel de manos, pies y alrededor de la boca, aunque también son frecuentes en glúteos y otras zonas del cuerpo. Las úlceras o aftas en la boca provocan dolor y dificultad para comer, así como fiebre y malestar. Es característico que 5-6 semanas más tarde el niño presente un despegamiento indoloro de las uñas hasta que finalmente se caen.

Exantema súbito, roséola o sexta enfermedad: fiebre de 2-3 días de duración, que cuando cede da lugar a una erupción rojiza en todo el cuerpo. No molesta y se cura sin tratamiento en 3-5 días.

Megaloeritema, eritema infeccioso, virus de la bofetada o quinta enfermedad: erupción rojiza que se inicia en mejillas (de ahí el nombre de la bofetada) y se va extendiendo por el resto del cuerpo con un aspecto reticulado.

Varicela: lesiones que van cambiando (de manchas a granitos, a vesículas, a costras) y que pican mucho. Se curan solas en 1-2 semanas. Es muy contagiosa desde antes de tener síntomas hasta que todas las lesiones se convierten en costras, por lo que es importante el aislamiento hasta entonces. Cada vez es menos frecuente gracias a la vacunación.

ESCARLATINA: enfermedad bacteriana en la que aparece una erupción característica, rojiza y rugosa a la palpación (como papel de lija o piel de gallina), que afecta a la piel de cara, cuello, tronco y extremidades. Es más intensa en los pliegues y puede picar. Es característico un intenso enrojecimiento de la lengua (lengua aframbuesada) y pueden aparecer los síntomas típicos de las amigdalitis bacterianas (fiebre alta y dolor de garganta, pág. 159). El diagnóstico suele realizarse explorando al niño, aunque en caso de dudas se puede hacer una prueba. Además del tratamiento de los síntomas, estará indicado un antibiótico.

SUDAMINA O MILIARIA: erupción muy frecuente en meses de más calor, en forma de pequeños granitos rojos y blanquecinos que no suelen ser molestos, aunque a veces pican. Se produce por la obstrucción de las glándulas sudoríparas. Hay que asegurarse de que el niño esté fresquito, con temperatura ambiental agradable, refrescarle con frecuencia, vestirlo con ropa transpirable y evitar cremas espesas.

DERMATITIS ATÓPICA: enfermedad inflamatoria de la piel muy frecuente en la infancia, crónica (aunque lo más frecuente es que mejore e incluso remita con el tiempo) y recurrente (evoluciona en brotes) en forma de descamación e inflamación (eczemas) con intenso picor.Intervienen múltiples factores, entre ellos, la herencia (hay

antecedentes familiares de dermatitis o alergias en gran porcentaje de casos). Algunos desencadenantes de los brotes son el frío, irritantes, la sequedad ambiental, la sudoración, las infecciones y el estrés.

Para restaurar la piel y reducir la frecuencia, duración e intensidad de los brotes, se recomienda:

Hidratación con cremas emolientes diaria y frecuentemente.

Higiene, que puede ser diaria pero de corta duración (no más de 5-10 minutos) con agua templada (no caliente) y productos específicos. Secar la piel a toquecitos, sin frotar. Tras el baño, con la piel todavía húmeda, hidratar abundantemente.

Mantener las uñas cortas y limpias.

Ropa de algodón o fibras naturales, evitando costuras gruesas y etiquetas, y lavar con productos adecuados, sin usar suavizante ni lejía.

Temperatura ambiental agradable, evitando el exceso de calor y la sequedad ambiental.

En caso de brote, para desinflamar la piel y controlar los síntomas el pediatra pautará adicionalmente una crema antiinflamatoria (generalmente corticoides) que se debe aplicar sobre las zonas de piel afectadas. Además, es importante aliviar el picor.

URTICARIA: aparición de ronchas o habones, aisladas o múltiples, que pican mucho. Es evanescente y migratoria: aparece y desaparece en diferentes localizaciones, sin dejar ningún tipo de cicatriz. La mayoría de las veces, no se logra identificar la causa, pero suele aparecer por infecciones (lo más frecuente), picaduras, alergias…

Por lo general, se resuelve sin tratamiento en pocos días, aunque con frecuencia se utilizan antihistamínicos para el aliviar el picor. Si se acompaña de dificultad respiratoria o para tragar, vómitos o aparece a los pocos minutos de una picadura o de comer un alimento, el niño presenta mal estado general, vómitos o las lesiones no tienen estas características típicas, consulta al pediatra.

Tiene el ojo rojo

Que el ojo se ponga rojo (conjuntivitis) puede deberse a múltiples causas: infecciones, exposición excesiva a pantallas, presencia de cuerpo extraño…

En casa:

Mantener una higiene estricta, con lavado frecuente de manos, y evitar compartir almohadas, toallas y otros objetos.

Lavar el ojo con suero fisiológico. No se recomienda el uso de manzanilla, pues no es estéril y puede irritar.

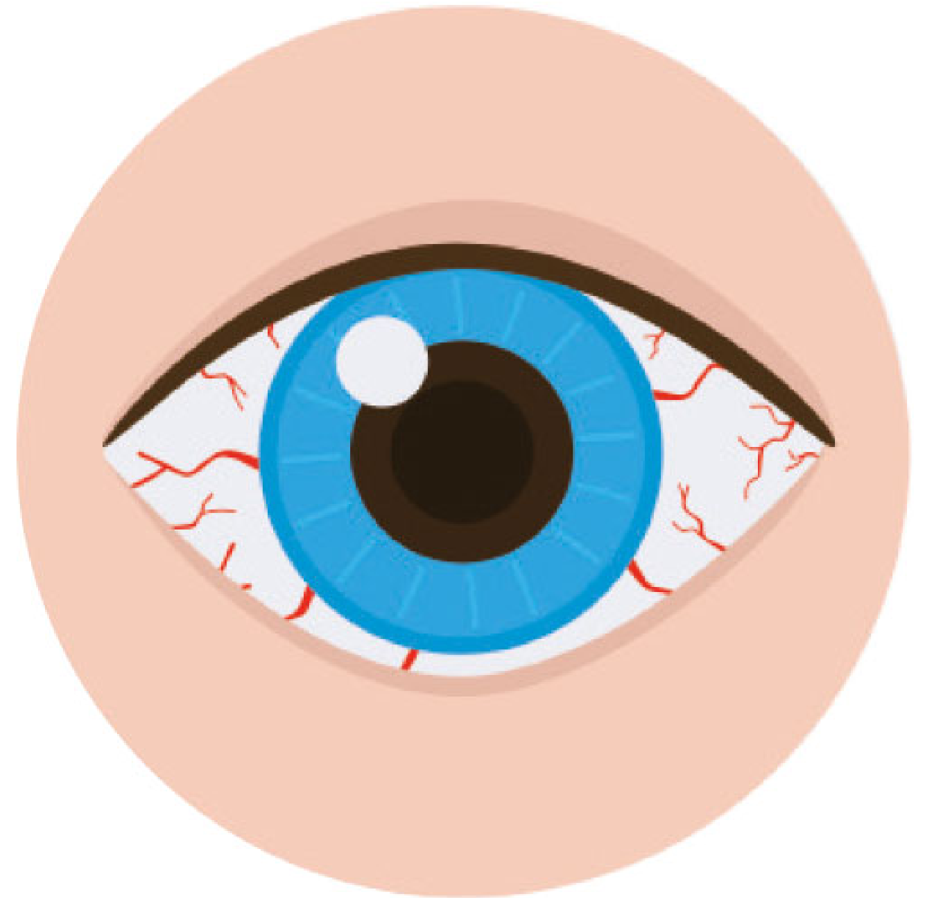
Consultar en caso de:

Ojo rojo con secreción purulenta.

Dolor.

Inflamación e induración del párpado.

Cuerpo extraño que no se logra extraer.
Si los síntomas son recurrentes, pide cita con el pediatra.



Conjuntivitis: inflamación de la conjuntiva, y por tanto, la parte blanca del ojo se pone roja. Puede ir acompañado de secreción, picor, molestias…, dependiendo de la causa:

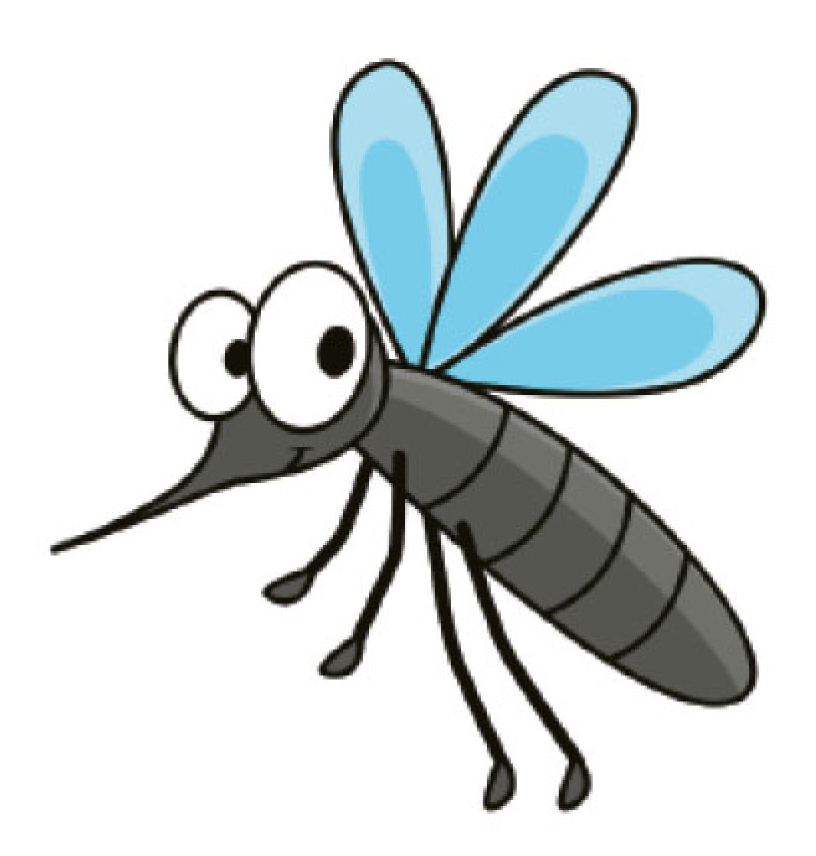
VÍRICA: afecta a ambos ojos a la vez, secreción mucosa o transparente, y se acompaña generalmente de síntomas catarrales. La decisión de tratar con colirio antibiótico o no depende de cada caso.

BACTERIANA: se inicia primero en un ojo, y la secreción es purulenta, con los párpados muy pegados. Se pautará un colirio antibiótico.

ALÉRGICA: picor y secreción de ambos ojos y de predominio estacional (típico en primavera), junto con síntomas de rinitis (estornudos, picor nasal…). Se pautará un colirio específico.

Siente picor

Insectos



Protección frente a las picaduras de mosquitos:

Utilizar ropa que cubra la piel expuesta (manga larga, zapato cerrado y calcetín) y de colores claros. Evitar colores vivos y llamativos.

Evitar zonas de agua al amanecer o atardecer.

Evitar colonias y productos perfumados.

Utilizar mosquiteras en ventanas, cunas, carros…

Comprobar habitación antes de dormir y utilizar insecticida en habitaciones, a más de 1,5 metros del niño.

Usar repelentes, teniendo en cuenta que previenen las picaduras de los insectos que pican (mosquitos, garrapatas, pulgas y moscas), no de insectos con aguijón (abejas y avispas).

Ajustarse a las recomendaciones del repelente en cuanto a edad, concentración y uso.

Aplicación:

Siempre por un adulto: primero sobre sus manos y luego extender sobre la piel del niño.

En zonas de piel expuesta o sobre la ropa.

Evitar: alrededor de ojos y boca y sobre las manos; piel dañada:

heridas, cortes o irritaciones; piel cubierta por ropa.

Algunos se aplican en superficies (asientos de coche, carrito).

Al llegar a casa:

Lavar al niño con agua y jabón.

Lavar la ropa si se ha aplicado sobre ella.

No utilizar protectores solares que contengan repelentes. Usar por separado, aplicando repelente a los 30 minutos del fotoprotector.

No está demostrada la eficacia de dispositivos de ultrasonidos, parches, pulseras impregnadas o ingesta de ajo y vitaminas.






Y si le ha picado:

Limpiar la zona con agua y jabón.

Aplicar frío local.

Mantener las manos limpias y las uñas cortas.

Evitar rascado. Para el picor:

Lociones sin amoniaco o calamina.

Lociones con amoniaco (mayores de 1-3 años).

Consultar en caso de:

Picor intenso o mucha inflamación.

Sospecha de infección: mucha inflamación, mal aspecto de la picadura con costra amarillenta o placa en la piel roja, indurada y caliente.

Consulta de urgencia si aparecen habones en la piel, dificultad respiratoria, mareo, vómitos… (reacción alérgica grave).

PICADURA DE MEDUSA

No bañarse si hay aviso de medusas.

No tocar medusas ni sus fragmentos, aunque estén sin vida.

Limpiar con agua salada o suero, sin frotar. No con agua dulce.

Retirar los restos con protección (pinzas o un plástico duro).

Evitar frotar o rascar.

Aplicar frío 10-15 minutos (hielo dentro de una bolsa de plástico).

Puede ser necesaria medicación para el picor o para el dolor.



Piojos

Parásito que infesta el cuero cabelludo (y otras zonas con pelo, como cejas y pestañas) que se transmite directamente entre personas (no saltan ni vuelan) y a través de accesorios. No se relacionan con el nivel de higiene. Producen un intenso picor de cabeza y heridas por rascado.

- Eliminar mecánicamente piojos y liendres mediante el peinado meticuloso con lendrera con el pelo húmedo.
- Usar tratamiento antiparasitario (diferentes alternativas en función de la edad) y repetir a los 7-10 días.
- Higiene:
  - Lavar la ropa con agua caliente. Lo que no se pueda lavar, dejar en una bolsa de plástico cerrada 2 semanas.
  - Sumergir peines y accesorios en agua caliente con loción antiparasitaria.

Sarna

Infestación por un ácaro que provoca unas lesiones características en la piel que pican mucho (entre los dedos de las manos, axilas, muñecas, nalgas, genitales…), sobre todo por la noche, lo que dificulta el descanso. Se contagia por contacto directo y prolongado de una persona infestada con otra o a través de objetos (toallas, ropa de cama…), por lo que es habitual entre familiares de una misma casa y poco frecuente en el colegio. No está relacionado con mala higiene o bajo nivel socioeconómico. La sospecha es suficiente para iniciar el tratamiento:

- Aplicar tratamiento antiparasitario antes de dormir en todo el cuerpo, dejar actuar y aclararse en la ducha por la mañana. Se debe tratar a todas las personas que comparten hogar y repetir en todos el tratamiento a los 7-10 días.
- Dar medicación si hay picor.
- Lavar la ropa con agua caliente y guardar los objetos no lavables en una bolsa de plástico cerrada durante 4-8 días.
- Utilizar insecticidas en zonas comunes (colchón, sofá, coche) y aspirar.

El picor de los piojos y la sarna puede tardar en desaparecer varias semanas

tras el tratamiento.

Sufre una reacción alérgica

Ante la aparición de síntomas de una reacción alérgica,es importante conocer cómo actuar:

Retirar la sustancia, si se puede (restos de comida, aguijón…).

Si presenta síntomas leves, como afectación de piel o rinoconjuntivitis:

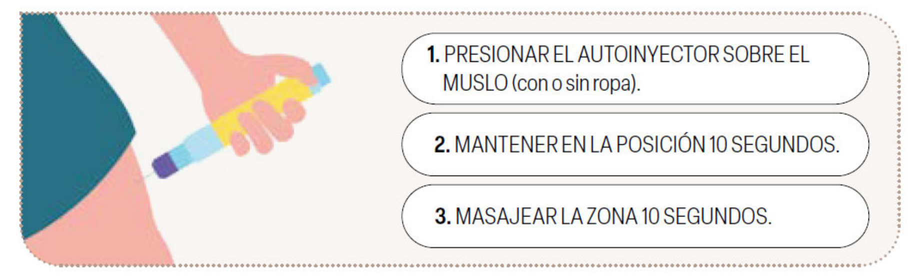
En caso de alergia conocida, tratar los síntomas según pauta del pediatra o alergólogo (antihistamínicos, corticoides…).

Vigilar la progresión de los síntomas.

Si presenta síntomas graves (mareo, sensación de ahogo...) o anafilaxia (afectación de dos o más órganos o sistemas):

Pedir ayuda: ir al centro sanitario o llamar a emergencias. Los síntomas graves pueden progresar rápidamente.

En caso de alergia conocida y estar pautado, administrar adrenalina lo antes posible.



La adrenalina intramuscular es el tratamiento de la anafilaxia. Su administración precoz puede salvar la vida del niño: ¡no lo demores!

Le sangra la nariz (epistaxis)

El sangrado nasal es muy frecuente en la infancia, por pequeños traumatismos, sequedad ambiental, catarros o rinitis. Aunque es muy escandaloso, en general no hay que preocuparse.

Mantener la calma.

Sentar al niño ligeramente inclinado hacia delante. ¡No tumbar ni inclinar hacia atrás!

Comprimir la nariz pinzándola durante 5-10 minutos.

Consultar en caso de:

Sangrado que no cede tras 10 minutos.

Sangrado frecuente, repetido y abundante.

Hematomas u otros síntomas o signos preocupantes.



¡MI HIJO ESTÁ SIEMPRE MALITO!

No es por desanimar, pero los virus llegan con el inicio del colegio y tardan unos cuantos meses en irse de casa. De virus en virus: mocos, tos, fiebre, vómitos, exantema vírico, diarrea, más mocos, faringitis, otitis, más mocos, vómitos otra vez, más fiebre…, y así durante semanas y semanas. Por este motivo, las infecciones son la causa más frecuente de consulta. De hecho, se estiman entre 6 y 8 infecciones respiratorias al año, incluso 10-12 si el niño acude a la escuela infantil o tiene hermanos mayores, y otros tantos procesos infecciosos de otras características.

La gran mayoría de las infecciones son leves y se resuelven sin complicaciones, pero intentar hacer tetris en casa para cuidar al niño, las noches sin dormir o durmiendo mal, los días sin comer…, y luego tener que conciliar y cumplir por la mañana con las obligaciones laborales acaba pesando para todos. Y lo entiendo, pues resulta desesperante física, emocional y psicológicamente.

Como bien he explicado antes, esta es una situación normal en los niños en etapa preescolar. En casi todos los casos, se trata de niños sanos, sin ningún problema en el sistema inmunológico (no tienen las defensas bajas), pero todavía es inmaduro y se entrena de este modo: exponiéndose a infecciones

del día a día. De hecho, los adultos también sufrimos habitualmente este primer año de escolarización de nuestros hijos, pues el contacto íntimo en casa con los virus hace que pasemos también por muchas de estas infecciones. ¡Mucho ánimo! Poco a poco, va mejorando, te lo aseguro.

¿Puedo hacer algo para prevenir estas infecciones?

Las medidas que han demostrado prevenir infecciones en la infancia son:

Llevar hábitos de vida saludables:

Alimentación variada y equilibrada.

Ejercicio físico diario.

Horas de descanso adecuadas.

Lavado de manos frecuente y limpieza de objetos y superficies.

Lactancia materna.

No visitar a bebés en caso de enfermedad.

Si el cuidador principal es el enfermo, usar mascarilla y lavarse las manos.

Usar pañuelos desechables, toser tapándose con el codo…

No exponer al humo de tabaco.

Llevar la vacunación al día.

Cumplir con los periodos de exclusión escolar y de recuperación.

¿Y si le doy algo para las defensas? Ningún suplemento vitamínico ha demostrado reducir la incidencia de estas infecciones ni mejorar la inmunidad. De hecho, las vitaminas se pueden obtener perfectamente mediante una alimentación sana, variada y equilibrada.

¿Y cuándo hay que preocuparse? Más que por la frecuencia de las infecciones, lo que alerta es su gravedad. Por ejemplo, la necesidad de antibióticos o ingresos frecuentes, infecciones graves, detección de gérmenes atípicos, no respuesta a tratamientos convencionales…

¿Puede ir al colegio? En algunas ocasiones, es conveniente la exclusión temporal del niño enfermo, por su propio bien o por el de sus compañeros. A la hora de dar las recomendaciones, hay que preguntarse:

¿Cómo se encuentra el niño? Si tu hijo no se encuentra bien, tiene fiebre, está inapetente, presenta dificultad respiratoria…, debería quedarse en casa para que se recupere antes de volver a clase, una vez que haya pasado un mínimo de 24 horas de su resolución.

¿Cómo se transmite el germen y qué probabilidad hay de que lo contagie? Conociendo el periodo de incubación, de contagio, de eliminación y de supervivencia del germen, se puede dar una orientación. Quizá te sorprenderá que ciertas enfermedades no sean motivo de exclusión escolar. Esto se debe a que, en la gran mayoría de ellas, el periodo máximo de contagio ocurre antes del inicio de los síntomas, por lo que las medidas de aislamiento resultan ineficaces. En otros casos, el virus se elimina durante semanas tras el proceso y, en muchas infecciones bacterianas, la administración de antibióticos limita su transmisión.

	TIEMPO MÍNIMO RECOMENDADO DE EXCLUSIÓN ESCOLAR
GASTROENTERITIS AGUDA	24-48 h sin síntomas.
AMIGDALITIS BACTERIANA Y ESCARLATINA	24 horas tras iniciar antibiótico.
VARICELA	Hasta que las lesiones están en fase de costra.
PAROTIDITIS, SARAMPIÓN, RUBEOLA	5 días desde el inicio de los síntomas.
SARNA Y PIOJOS	Hasta completar el primer ciclo de tratamiento.
TOSFERINA	5 días después de iniciar tratamiento.
IMPÉTIGO	Hasta curación o tras 48 h de inicio de tratamiento antibiótico.
CONJUNTIVITIS (PURULENTA)	No hay consenso. Lo más prudente sería esperar a que deje de haber secreción.

No son enfermedades de exclusión escolar los resfriados comunes, otros exantemas víricos (síndrome mano-pie-boca, exantema súbito, megaloeritema…), las conjuntivitis no purulentas, la gripe, las lombrices intestinales, entre otros, salvo que presente síntomas como los mencionados en el punto 1 de la página anterior.



ACCIDENTES

El término *accidentes* se ha sustituido por ***lesiones no intencionadas***, ya que el primer concepto hace referencia a sucesos inesperados que no pueden evitarse, mientras que lo que sucede habitualmente en la infancia puede evitarse siguiendo unas pautas de seguridad. Aun así, las lesiones no intencionadas suponen unas de las principales causas de mortalidad y secuelas en la infancia, de ahí la importancia de prevenirlas.

Más vale prevenir que curar.

Traumatismos y caídas

Prevención:

- No dejar nunca al niño en altura sin supervisión (cama, sofá, cambiador).
- Proteger las escaleras con vallas de seguridad.
- Evitar muebles cerca de ventanas o balcones.
- Utilizar sistemas de seguridad en ventanas y puertas.

Anclar a la pared muebles altos, televisión, etcétera.

Proteger los muebles con puntas y esquinas peligrosas.

Utilizar casco en patinete o bicicleta, así como en deportes de riesgo.

Emplear una sujeción adecuada en el carrito.

Evitar acceso a cuchillos u objetos cortantes.

Contar con cuna homologada, con barrotes a altura y separación adecuadas.

No utilizar tacatá o andadores.

Emplear sistema de retención infantil en el coche.

Aunque la normativa permite que los niños vayan en el sentido de la marcha a partir de los 15 meses, el cuello del bebé no está preparado para soportar un impacto a velocidad en esta posición, por lo que aumenta el riesgo de mortalidad y secuelas en caso de accidente. Por ello, se recomienda que viajen a contramarcha como mínimo hasta los 4 años.

Heridas

Lavarse las manos con agua y jabón.

Lavar la herida con agua y jabón neutro y aclararla con abundante agua. Secar con compresas o gasas estériles, a toquecitos y de dentro afuera.

Si sangra:

Realizar presión directa y uniforme durante 5-10 minutos sobre la herida con una gasa estéril o un paño limpio.

Si no cesa, añadir otra gasa por encima y continuar presionando.

Desinfectar la herida aplicando una solución antiséptica (clorhexidina).

Puede mantenerse al aire, pero si es zona de roce o hay riesgo de que el niño la toque, cubrir con una venda o tirita hasta que cicatrice.

Administrar analgésico si hay dolor.

Consultar si:

Requiere sutura: herida profunda, sangrado abundante…

No se puede limpiar completamente o hay un objeto en el interior.

Herida grande localizada en articulaciones, cara, manos, dedos, pliegues o genitales.

Herida causada por: mordedura, quemadura, accidente eléctrico, perforación u objeto sucio.

Signos de infección: herida roja, inflamada, caliente o que supura, o acompañada de fiebre o malestar.

No se recomienda:

Algodón o pañuelos de papel, ya que pueden quedar restos adheridos.

Uso como antiséptico de povidona yodada, agua oxigenada, alcohol o derivados mercuriales.

Aplicar pomadas sin indicación médica.

Extraer objetos clavados, si los hubiera.
Realizar un torniquete.

Golpe en la cabeza

Los golpes en la cabeza (traumatismo craneoencefálico) son muy frecuentes en la infancia, aunque la mayoría de ellos son leves y sin consecuencias, por lo que no suele ser necesario realizar ninguna prueba. Es habitual que tengan molestias en la zona del golpe tras el mismo (con o sin chichón), que tengan ganas de dormir e incluso que vomiten de forma puntual.

Actuación:

Aplicar frío en la zona del golpe: hielo envuelto en un paño.

Dar analgésico si hay dolor.

El niño puede dormir si tiene sueño, pero es aconsejable despertarlo cada 3-4 horas para comprobar si reacciona adecuadamente.

Mantenerlo durante las siguientes 24 horas en un ambiente tranquilo y vigilado.

Consultar en caso de:

Traumatismo de alta intensidad (accidente de tráfico, golpe con objeto de mucho peso…) o caída desde una altura superior a 1-1,5 metros.

Bebé menor de 3-6 meses.

Herida abierta que precisa puntos.

Signos de alarma:

Pérdida de conocimiento.

Convulsiones.

Vómitos repetidos.

Comportamiento extraño.

Somnolencia, confusión o dificultad para despertar.

Movimientos anormales con los ojos, cara o extremidades.

Debilidad en extremidades u hormigueo.

Dificultad para caminar, hablar o ver.

Salida de sangre por el oído o líquido claro por la nariz.

Dolor de cabeza importante o que cada vez va a más.

Pupilas de diferente tamaño.

Hematoma alrededor de los párpados u orejas.



Si tu hijo se ha dado un golpe en la cabeza y no hay síntomas de alarma, puedes manejarlo en casa observándolo durante las siguientes 24 horas. Cualquier síntoma extraño que aparezca las primeras horas tras el golpe, que veas raro a tu hijo o que te preocupe, es motivo de consulta.

¿Y barritas de árnica? No hay estudios de calidad que confirmen sus propiedades antiinflamatorias en los golpes en la cabeza. Ante la duda, mejor utilizar hielo.

Golpe en la boca

Limpiar la zona con agua para valorar la magnitud.

Si hay afectación de los dientes (se han movido de su sitio, falta algún fragmento...): acude al odontopediatra.

Si falta algún diente:

Temporales: no se reimplanta, pero se recomienda seguimiento por el odontopediatra.

Definitivos: coger el diente por la corona, no por la raíz, limpiarlo

con suero fisiológico o agua, sin frotar, e intentar colocarlo en su posición. En caso de no lograrlo, transportarlo en **leche**, **suero fisiológico** o **saliva.** También puedes guardarlo, con precaución, dentro de la boca. No en seco ni en agua. Se recomienda acudir al dentista de manera urgente (antes de 1 hora).

Quemaduras

Heridas producidas por exposición al calor (radiación solar, líquidos calientes, corriente eléctrica, agentes químicos). Se pueden clasificar según su profundidad: la de primer grado es la más superficial (piel roja y con dolor), la de segundo grado se da cuando aparecen ampollas y la de tercer grado la más profunda (piel negra e indolora por afectación de las terminaciones nerviosas).

Prevención:

No exponer al sol si es menor de 6 meses y limitar si es menor de 3 años con medidas de protección solar.

Comprobar temperatura de biberones y comida antes de ofrecerla, así como del agua del baño antes de introducir al bebé.

Tener precaución con los mangos de sartenes y cazos, evitar que sobresalgan de los muebles de la cocina.

No dejar a su alcance objetos, alimentos y líquidos calientes.

Proteger enchufes y desenchufar aquellos aparatos electrónicos que no se utilicen.

Restringir el acceso a electrodomésticos calientes (planchas, estufas…).

Actuación:

Alejar de la fuente de calor. En caso de una electrocución, no tocarlo directamente, sino utilizar objetos no conductores (madera) o quitar antes la electricidad.

Retirar anillos, collares, relojes y ropa caliente, excepto si está adherida a la piel.

Enfriar la zona con agua fría corriente 15-20 minutos y cubrir con un paño limpio o una gasa estéril.

Administrar analgesia para aliviar el dolor.

No aplicar pomadas, pasta dentífrica ni otros remedios.

Si hay ampolla:

Íntegra: limpiar con antiséptico. No la rompas.

Rota: lavar con agua y jabón, antiséptico y cubrir.

Consultar en caso de:

Menores de un año.

Quemaduras producidas por electricidad, cáusticas o fuego.

De gran tamaño.

Quemadura profunda que no duele (tercer grado).

En cara, cuello, manos, pies, articulaciones o genitales.

Signos de infección.





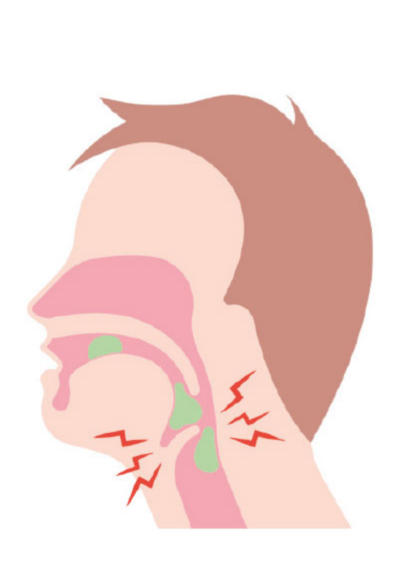
Atragantamientos

El atragantamiento sucede por el paso de un cuerpo extraño (objeto, alimento peligroso…) a la vía respiratoria que obstruye parcial o totalmente el paso del aire. Si la situación se mantiene, existe riesgo de asfixia y, posteriormente, de parada cardiorrespiratoria, por lo que la detección y la actuación precoces son importantes para solventar este cuadro.

Se sospecha de un atragantamiento ante el inicio brusco de síntomas respiratorios (tos, sensación de ahogo…) mientras el niño está comiendo o jugando con objetos pequeños.

Prevención:

- No tener al alcance globos, monedas ni objetos pequeños o que puedan romperse.
- Comprobar juguetes y que estén adaptados a la edad recomendada.
- No utilizar collares, cadenas ni otras joyas en niños.
- Evitar alimentos o formas con riesgo de atragantamiento hasta los 4-5 años.





Actuación:

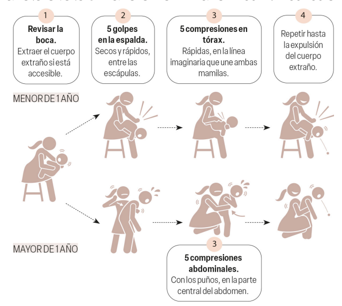
Tos efectiva (fuerte): animar a toser sin hacer ninguna maniobra ni intervenir: la tos es el principal mecanismo de desobstrucción. No ofrecer alimentos, golpear en espalda, zarandear ni intentar sacar el cuerpo extraño si no se visualiza.

Tos inefectiva (débil o ausente):

Niño consciente:

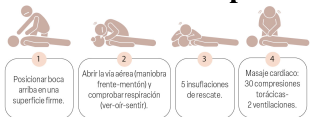
Pedir ayuda o llamar al 112, sin dejar al niño solo.

Iniciar las **maniobras de desobstrucción de la vía aérea**:



Niño inconsciente:

Iniciar las **maniobras de reanimación cardiopulmonar**:



Minimizar las interrupciones lo máximo posible y comprobar cada 2 minutos si ha salido el cuerpo extraño, el estado de respiración y los signos de vida del niño.

Intoxicaciones

Una intoxicación es la exposición (por ingesta, contacto o inhalación) a una o varias sustancias que pueden provocar una lesión en el organismo. Los fármacos son el grupo implicado con más frecuencia, seguido por los productos domésticos. En adolescentes, el etanol es el más habitual.

Prevención:

No tomar medicamentos delante de los niños.

Guardar fuera de su alcance. ¡No debajo del lavadero!

Comprobar que disponen de cierre de seguridad.

Guardar en el envase original. Evitar rellenar con productos de limpieza envases de bebidas o alimentos.

Revisar prospecto, asegurar la dosis antes de administrarla y apuntar la hora de la toma.

Desechar los medicamentos sobrantes.



¿Sabes cuáles son los medicamentos más implicados en las intoxicaciones? ¡El paracetamol y los jarabes anticatarrales!

Actuación:

Alejar al niño del producto: retirar la ropa contaminada, ambiente ventilado si se ha inhalado el producto, limpiar con abundante agua los ojos o la piel…

Llamar al Servicio de Información Toxicológica (91 562 04 20) o a los servicios sanitarios (112).

Si indican ir a urgencias: llevar el producto original.

Si no es necesario consultar por ser producto no tóxico o de bajo riesgo: observar.

En ningún caso:

Tratar de provocar el vómito.

Intentar neutralizar el tóxico (con leche u otra sustancia).

Infravalorar la situación y retrasarse en llamar para consultar.

Ahogamientos

Es la sumersión del niño en un medio líquido (agua) que produce asfixia por la penetración del mismo en las vías respiratorias. Hoy en día siguen siendo una causa importante de morbimortalidad. Los menores de 4 años y adolescentes son los de más riesgo, y sucede principalmente en agua dulce (piscinas y bañeras). La prevención es fundamental para evitar estos

episodios.



Prevención:

¿Sabe nadar?

No: situarse a una distancia inferior a la longitud del brazo.

Sí: regla del 10/20, que consiste en vigilar el agua cada 10 segundos y no estar a una distancia superior de 20 segundos.

Supervisar en todo momento, sin distracciones. ¡Apaga el móvil!

Piscinas con valla de seguridad.

Respetar las indicaciones de seguridad.

No llenar excesivamente la bañera ni las piscinas de chapoteo, y no dejar al bebé sin supervisión.

Usar dispositivo de flotación homologado: el chaleco es el más seguro.

Enseñar a nadar lo antes posible.

Actuación:

Realizar las maniobras de reanimación cardiopulmonar.





Ingestión de cuerpo extraño

La ingesta de cuerpo extraño es frecuente en menores de 5 años. Una vez tragados, se pueden alojar en cualquier parte del tubo digestivo. La mayoría de ellos no producen síntomas y se eliminan espontáneamente con las deposiciones unos días más tarde. Sin embargo, ante la duda es preferible consultar, ya que el manejo dependerá tanto del material y la forma (son peligrosos los imanes, las pilas de botón o los objetos cortantes, punzantes o alargados), como de la localización del objeto en el tubo digestivo.

EL GLOSARIO DE MI PEDIATRA: UNA GUÍA DE LA A A LA Z

ADENOPATÍA: el sistema inmunológico, que lucha contra las infecciones y otras enfermedades, está compuesto por células, tejidos y órganos, entre ellos los ganglios. Los ganglios son como bolitas, normalmente de menos de 1 cm. Son móviles e indoloros, integrados en el sistema linfático (cuello, axilas, ingles...) y que suelen pasar desapercibidos. Cuando se activan las células defensivas, normalmente por una infección o inflamación de la zona que rodea el ganglio, se inflamará (adenopatía), aumentará de tamaño y molestará. Esto es muy habitual en la infancia, y suele resolverse con la curación del proceso que la ha originado, aunque en ocasiones se pautan antiinflamatorios. Sin embargo, puede ser necesario tomar antibióticos o realizar un estudio más extenso.

Consultar si:

Es grande (>2 cm).

Está por encima de la clavícula o axila.

Es dura y no se mueve.

Aumenta de tamaño rápidamente.

No se resuelve en 3-4 semanas.

La piel está enrojecida, caliente y es dolorosa.

Conlleva excesivo cansancio, pérdida de peso, palidez, fiebre prolongada, afectación del estado general.

AFTAS.

ALERGIAS: reacciones anormales del sistema inmunológico ante una sustancia (llamada *alérgeno*) que en condiciones normales no produce síntomas. Pueden aparecer a cualquier edad y tienen un componente hereditario. En función del mecanismo inmunológico, existen dos tipos:

Alergia mediada por IgE: los síntomas aparecen de inmediato tras el contacto con el alérgeno, como mucho a las 2 horas, y las pruebas de alergia son positivas.

Los síntomas pueden ser:

Cutáneo-mucosos: habones, enrojecimiento, inflamación de párpados, labios, orejas…

Rinoconjuntivitis: picor de nariz y ojos, estornudos, ojos rojos…

Respiratorios: tos, dificultad respiratoria, pitos, sensación de garganta cerrada…

Digestivos: náuseas, vómitos, dolor abdominal.

Cardiovasculares y neurológicos: mareo, palidez, somnolencia, pérdida de conocimiento…

A la presencia de síntomas de dos o más aparatos o sistemas lo llamamos ***anafilaxia***, la forma más grave de la alergia, la cual requiere actuación urgente, ya que puede poner en peligro la vida del niño.

Alergia no mediada por IgE: los síntomas son tardíos e inespecíficos, principalmente digestivos, y el resultado de las pruebas de alergia es negativo.

En los niños, lo más frecuente es encontrar alergias alimentarias o ambientales (frente a pólenes, ácaros del polvo, etcétera).

Ante la sospecha de una alergia debe confirmarse la misma y realizarse un seguimiento por parte del especialista. El diagnóstico de una alergia implica tomar una serie de medidas:

Evitar el alérgeno.

Retirar de la alimentación y leer con detalle el etiquetado.

Medidas de control ambiental, según la causa: ventilar habitaciones, evitar el acúmulo de polvo en casa, revisar el calendario de polinización…

Conocer, tanto la familia como los cuidadores (y centro escolar), el tratamiento que administrar en función de los síntomas que se produzcan.

AMIGDALITIS, FARINGITIS, FARINGOAMIGDALITIS.

ANEMIA: disminución de la hemoglobina (proteína de la sangre que transporta el oxígeno a los órganos) por debajo de los valores normales para la edad. La causa más frecuente es el déficit de hierro (ferropenia). Existen situaciones de mayor riesgo (prematuridad, embarazos gemelares, retraso en la introducción de alimentación complementaria…) y edades más susceptibles (menores de 2 años y adolescentes, sobre todo mujeres). En estos casos, puede estar indicado un seguimiento con el objetivo de detectar estas anemias, e incluso iniciar suplementación preventiva. La mayoría de los niños no presentan síntomas y es un hallazgo casual al realizar una analítica por otro motivo, pero en otros puede aparecer debilidad y cansancio,

palidez cutánea, alteración en el desarrollo psicomotor, problemas de sueño y disminución de apetito, entre otros. El tratamiento dependerá del tipo de anemia detectada.



ANGIOMAS: conjunto de vasos sanguíneos que crecen anómalamente en la piel. Son muy frecuentes y aparecen durante las primeras semanas de vida en forma de lesión abultada de color rojo intenso. Aumentarán de tamaño durante los primeros meses y, posteriormente, se detendrán e irán involucionando hasta resolverse de manera espontánea (puede tardar años). En algunos casos, queda cicatriz.

En general, no necesitan tratamiento y se tiende a observar su evolución. Sin embargo, aquellos que se encuentran en determinadas localizaciones o crecen mucho sí precisarán tratamiento.

APENDICITIS.

AUTISMO O TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA: trastorno del neurodesarrollo que afecta principalmente a la interacción social, comunicación y conducta. La causa se desconoce, pero parece que influyen factores genéticos y ambientales. Hay un amplio abanico de trastornos con diferente afectación, por lo que el abordaje es individualizado.

Las sospechas suelen producirse durante los primeros 12-18 meses de vida, aunque su diagnóstico inicialmente es complicado. Durante las revisiones, en especial a los 18-24 meses, los pediatras valoramos diferentes ítems del desarrollo con apoyo de unas escalas validadas. En caso de sospecha, el niño será remitido a profesionales expertos.

Algunos signos de alerta son:

Antes de los 12 meses: no hay contacto ocular o muestra desinterés por el juego interactivo.

Entre los 12 y 18 meses: no responde a su nombre, no señala ni mira donde se le indica, no muestra objetos y es muy sensible a estímulos auditivos.

Entre los 18 y 24 meses: retraso en el lenguaje, juego repetitivo, ausencia de juego simbólico y desinterés por otros niños.

El diagnóstico precoz es importante para un mejor pronóstico, ya que el tratamiento multidisciplinar (psicología, logopedia, fisioterapia…) puede mejorar la maduración psicológica del niño, su autonomía, su adaptación al entorno y sus habilidades de interacción social y comunicativa.

BALANITIS: inflamación del glande por irritaciones, traumatismos o infecciones. Se detecta porque el niño presenta dolor y enrojecimiento del pene, que además supura. El tratamiento consiste en realizar lavados con suero fisiológico e intensificar la higiene genital, para lo que se retrae suavemente el prepucio sin forzarlo. En algunos casos, puede estar indicado aplicar cremas específicas.

BRONQUIOLITIS, BRONQUITIS, BRONCOESPASMO, ASMA.

CATARRO O RESFRIADO COMÚN.

CELIAQUÍA: enfermedad autoinmune en respuesta al gluten de los cereales en pacientes con predisposición genética. Los síntomas son variables: diarrea prolongada, desnutrición, problemas del crecimiento, falta de hierro que no responde al tratamiento… El diagnóstico lo lleva a cabo el especialista en el aparato digestivo mediante una analítica o, en ocasiones, una biopsia del intestino. El tratamiento consiste en eliminar el gluten de la dieta. No se cura, pero los síntomas desaparecen con una dieta estricta, así como el riesgo de complicaciones asociadas. Es importante no retirar el gluten de la dieta sin haber confirmado el diagnóstico.

CELULITIS: infección de la piel (capa superficial y profunda) por una bacteria que ha penetrado a través de una lesión (picadura, herida, corte…). Hay una zona de la piel enrojecida, hinchada y caliente. En ocasiones, puede ir acompañada de fiebre o malestar. Para su curación precisa de tratamiento antibiótico, por lo que el pediatra pautará el más adecuado.

COJERA: caminar de manera anormal. La principal causa son los traumatismos, aunque hay varias situaciones en las que puede aparecer. La mayoría de ellas no son graves: son transitorias y hay una mejoría progresiva en las siguientes horas o días. Un motivo habitual es la sinovitis transitoria de cadera.

Ante la presencia de cojera, es conveniente consultar para explorar al

niño y descartar una causa más grave (como una artritis séptica o infección bacteriana de la articulación), sobre todo si va acompañada de fiebre o malestar.

Sinovitis transitoria de cadera: causa más frecuente de dolor de cadera y cojera en niños entre 3 y 10 años. Suele haber antecedente de infección vírica los días previos (catarro, gastroenteritis…) y, a raíz de ello, se produce una inflamación de la cadera (en concreto del líquido sinovial) que provoca disminución de la movilidad y cojera. Suelen referir dolor en la ingle o rodilla, aunque en ocasiones solo se observa cojera o rechazo a caminar. A pesar de la limitación de la movilidad, el niño presenta buen estado general, no tiene fiebre ni otros síntomas. La historia cínica y la exploración suele ser suficiente para su diagnóstico, aunque puede ser necesaria una ecografía para confirmarla. Es un proceso benigno, leve y autolimitado que se cura en 7-10 días con algo de reposo y antiinflamatorios.

CÓLICO DEL LACTANTE.

CONJUNTIVITIS.

CONVULSIÓN FEBRIL.

COSTRA LÁCTEA.

CRIPTORQUIDIA.

DERMATITIS ATÓPICA.

DERMATITIS DEL PAÑAL.

DIABETES INFANTIL: enfermedad crónica en la que el páncreas no produce adecuadamente insulina, hormona que regula el metabolismo de la glucosa, y sus niveles en sangre aumentan patológicamente. Puede darse a cualquier edad y los síntomas más característicos son:

Poliuria: aumento exagerado de las ganas de hacer pipí.

Polifagia: aumento exagerado del apetito.

Polidipsia: sed continua.

Pérdida de peso.

El tratamiento consiste en administrar insulina para regular los niveles de azúcar; también es importante tener buenos hábitos de alimentación y ejercicio. Con el aprendizaje del manejo de la enfermedad, los niños diabéticos pueden hacer vida normal.

DISQUECIA DEL LACTANTE.

DOLOR TESTICULAR: en la mayoría de las ocasiones se produce por una inflamación o infección genital (**orquiepididimitis**), cuyo tratamiento consiste en analgesia, reposo y, en algunos casos, antibiótico. Sin embargo, ante un dolor testicular, sobre todo de inicio brusco, es conveniente consultar para descartar una **torsión testicular**, ya que se trata de una urgencia quirúrgica.

DOLORES DE CRECIMIENTO: causa más frecuente de dolor musculoesquelético entre los 3 y los 12 años. Se produce un dolor mal

definido, intermitente y recurrente generalmente en ambas piernas y por la tarde-noche, con periodos sin síntomas. De origen desconocido (de hecho, ni el crecimiento en sí mismo parece ser la causa) y no están asociados a ninguna enfermedad. Suelen mejorar con masajes, estiramientos diarios y analgesia de manera puntual. Hay que consultar en caso de dolor persistente, fiebre, cojera mantenida, dolor localizado con enrojecimiento o si interfiere en las actividades diarias.

ENFERMEDAD MANO-PIE-BOCA.

ENURESIS: escapes de orina nocturnos más allá de los 5 años, aunque todavía a esta edad es muy habitual, pues el control del pipí es un hito que depende del ritmo madurativo de cada niño y en el que la herencia desempeña un papel importante. Lo más frecuente es que no haya otros síntomas, pero es conveniente consultar al pediatra para que haga una valoración.

¿Cómo actuar?

Tener buenos hábitos miccionales: fijar un horario regular para ir al baño, sin prisa. ¡Y siempre antes de dormir!

Redistribuir la ingesta de líquidos: restringirlos a última hora de la tarde y antes de dormir.

Evitar cenas abundantes, saladas o muy líquidas.

Dejar que el niño adquiera un papel activo y colabore para limpiar y cambiarse. ¡No le riñas ni le castigues!

Evitar el estreñimiento.

Rellenar un calendario con noches secas y mojadas para observar el progreso.

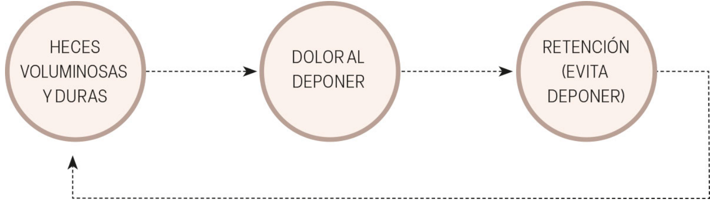
El momento de iniciar tratamiento debe decidirse con el niño y su familia, teniendo en cuenta la repercusión, el objetivo y la motivación. Hay varias opciones de tratamiento: la alarma de enuresis (sensor de humedad situado en la ropa interior) es el tratamiento de primera línea cuando se busca una curación a largo plazo. Para objetivos puntuales puede plantearse el tratamiento farmacológico.

ESCARLATINA.

ESPASMO DEL SOLLOZO: episodio de cese brusco y momentáneo de la respiración, cambio de coloración de la cara y en ocasiones pérdida de conocimiento, en niños entre los 6 meses y los 5 años, precedido por un llanto intenso, una rabieta o un susto. Ante un episodio, hay que mantener la calma: son benignos, no hay ningún tratamiento específico y el niño se recupera espontáneamente en unos segundos sin riesgo de secuelas. No está indicado realizar maniobras de reanimación y tampoco es eficaz soplarle o tirarle agua.

ESTREÑIMIENTO: disminución de la frecuencia de las deposiciones, que a su vez son duras, voluminosas, con dolor en la defecación e incluso sangrado (por fisuras anales). Es una causa muy frecuente de dolor abdominal y puede llegar a provocar escapes

involuntarios con heces líquidas y manchar la ropa interior. Se da en niños de todas las edades, sobre todo en etapas de cambios como el inicio de la alimentación complementaria, la incorporación a la escuela infantil o la retirada del pañal.



Hidratarse frecuentemente

Realizar actividad física regular.

Llevar una dieta variada y equilibrada, con alimentos ricos en fibra: frutas y hortalizas, legumbres, cereales integrales y aceite de oliva.

Limitar el consumo de lácteos a partir del año (máximo 500 ml).

Fomentar el hábito intestinal diario: sentarse en el váter (correctamente, con los pies apoyados) aproximadamente a la misma hora y tras las comidas principales durante 5-10 minutos aunque no tenga ganas, sin prisa ni distracciones.

En caso de no ser eficaces las medidas higiénico-dietéticas hay que acudir al pediatra, quien probablemente prescribirá tratamiento con laxantes por vía oral hasta que el ritmo intestinal del niño se regule (puede tardar meses: ¡no te preocupes!). Evitar en la medida de lo posible la estimulación rectal así como el uso de enemas y supositorios.

FIMOSIS.

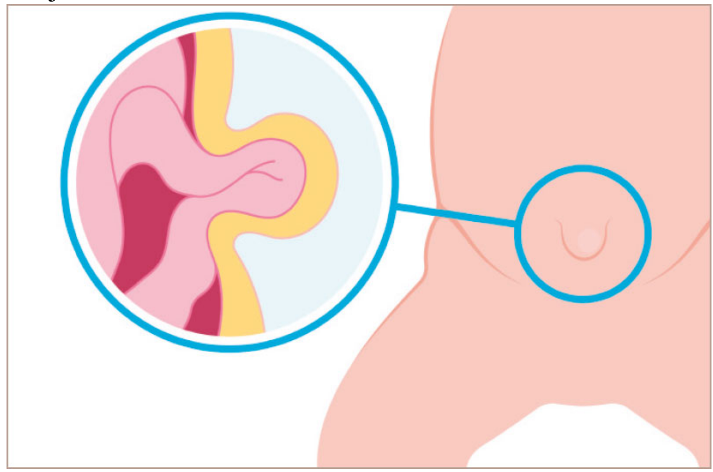
GASTROENTERITIS AGUDA.

GRANULOMA UMBILICAL.

GRIPE: infección respiratoria producida por un virus habitual en los meses de invierno. Los síntomas más frecuentes son: fiebre alta, frecuente y de larga duración (hasta 1 semana), junto con decaimiento, malestar, dolor muscular y de cabeza, y otros síntomas comunes de las infecciones respiratorias. El tratamiento es sintomático. La vacuna antigripal se administra anualmente: por la alta incidencia del virus en niños y ser los principales transmisores se recomienda en niños pequeños (a partir de los 6 meses) y en mayores con riesgo de complicaciones.

HERNIA UMBILICAL: defecto en el cierre de la pared abdominal con la salida de parte del intestino por su abertura, cubierto por piel. Se observa una masa en el ombligo, más evidente cuando aumenta la presión en la barriga (llanto, tos…) y se puede reducir fácilmente con los dedos. Suele ser asintomática y cerrarse espontáneamente antes de los 4-5 años. De no hacerlo se valorará el cierre quirúrgico. ¡De nada sirven los esparadrapos, las fajas, los

botones ni las monedas sobre la hernia! La incarceración es una complicación excepcional: hay que consultar de urgencia en caso de imposibilidad de reducción de la hernia junto con dolor, vómitos y hernia rojo-violácea.



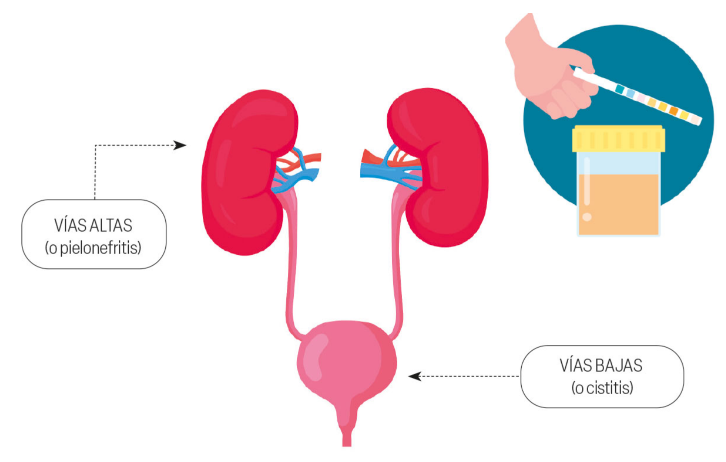
Cuando el contenido abdominal sale por la ingle (**hernia inguinal**), la cirugía suele realizarse al diagnóstico.

IMPÉTIGO: infección producida por la proliferación de bacterias en una lesión de la piel (herida, picadura). Aparecerán costras amarillentas y en ocasiones, ampollas. Es fácilmente contagiosa por contacto directo, por lo que hay que asegurar una buena higiene con agua y jabón, mantenerla seca, tener las uñas cortas y limpias y evitar que se rasque. Si hay mucho picor, el pediatra pautará una medicación. Se cura con antibiótico, habitualmente en crema, aunque en caso de haber muchas lesiones o no mejorar con el tratamiento tópico estará indicado darlo por vía oral.

INFECCIÓN DE ORINA: infección del tracto urinario, principalmente por el paso de microorganismos procedentes de la zona genital y ano. Más habituales en niñas y lactantes por la anatomía de las vías urinarias.

Su diagnóstico no siempre es fácil, sobre todo en lactantes, ya que sus síntomas son muy inespecíficos (fiebre sin foco, irritabilidad, vómitos, pérdida de apetito…). En niños mayores, hay escozor y molestias al orinar, micciones frecuentes en pequeña cantidad, dolor lumbar o incluso fiebre. La presencia de fiebre alta, escalofríos o malestar hace sospechar de una pielonefritis.

Según el tramo de la vía urinaria afectado:

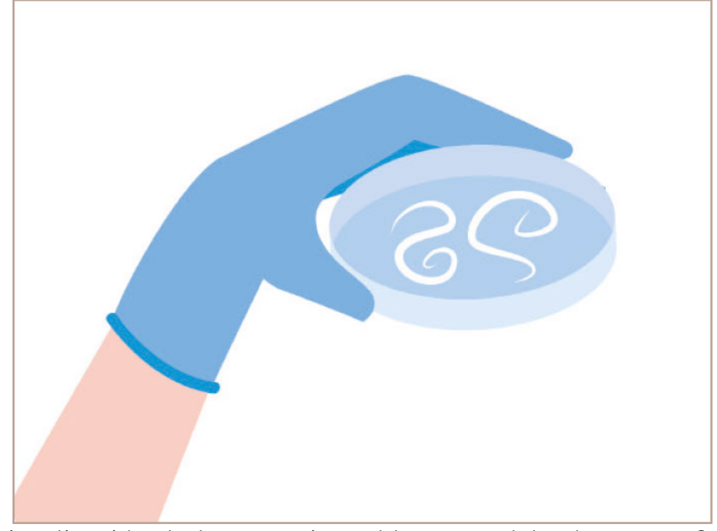


Ante la sospecha, se debe analizar una muestra de orina, que se recoge de forma diferente en función de la edad y el control miccional (bolsita de orina, sondaje, orina a chorro…). En algunos casos, puede estar indicado, durante el proceso o posteriormente, hacer pruebas adicionales con el objetivo de comprobar si existe afectación del riñón o alguna alteración en la vía urinaria que favorezca la aparición de la infección de orina o su repetición.

El tratamiento consiste en administrar antibiótico, por lo general oral, o intravenoso en aquellos niños que precisen ingreso hospitalario. La mayoría de las veces, el pronóstico es excelente.

LARINGITIS.

LOMBRICES INTESTINALES: la infestación por oxiuros es muy frecuente en edad escolar y se puede sospechar por la aparición de picor anal nocturno (también vulvar en niñas) que interrumpe el sueño. Se transmite a través de los huevos que quedan adheridos a las uñas tras el rascado, y son frecuentes las reinfecciones o contagios a otros miembros de la familia. No hay evidencia de la relación del bruxismo (o rechinar de los dientes) con las lombrices.



La visualización de los gusanitos –blancos y delgados– es suficiente para su diagnóstico. Si no son visibles, puede hacerse el test de Graham, que consiste en pegar una cinta adhesiva en los márgenes del ano por la mañana para analizar en laboratorio la presencia de huevos. Se trata con un antiparasitario en dos dosis, con un intervalo de 2 semanas, y el tratamiento debe extenderse a la familia. Además, hay que intensificar la higiene en casa: lavado de manos, uñas cortas e higiene de toda la ropa con agua caliente.

MANCHAS CAFÉ CON LECHE: manchas marrones que pueden aparecer al nacimiento o en la primera infancia, en número y tamaño variable. Hasta un 10 % de la población tiene manchas café con leche y su presencia no supone necesariamente ninguna patología. En las revisiones de salud, el pediatra irá valorando la piel del niño y recomendará un seguimiento más estricto o realizar pruebas en caso de 6 o más manchas de un tamaño determinado, ya que puede ser signo de algunas enfermedades.

MEGALOERITEMA.

MENINGITIS: inflamación de las meninges (membranas de tejido que protegen el cerebro y la médula espinal) de causa infecciosa. Son poco frecuentes, pero tienen un importante impacto debido a las complicaciones, sobre todo las de origen bacteriano, con peor pronóstico. Los síntomas pueden ser muy inespecíficos:

En bebés: fiebre, decaimiento, irritabilidad, rechazo de ingesta, vómitos.

En niños: malestar, fiebre, dolor de cabeza, petequias y rigidez de nuca en la exploración (incapacidad de flexionar el cuello, a pesar de bajarle la fiebre).

Para su diagnóstico, se extrae líquido cefalorraquídeo de la columna vertebral con una aguja (punción lumbar). Ambos tipos de meningitis

requieren de ingreso hospitalario para tratamiento de los síntomas y vigilancia de la evolución. Además, las bacterianas precisan de antibiótico intravenoso.

En algunas meningitis también puede estar indicado tratar con antibiótico a los contactos del niño. Recuerda que existen vacunas frente a algunos de estos gérmenes: ¡las vacunas salvan vidas!

MIOSITIS: inflamación muscular, benigna y autolimitada asociada habitualmente a infecciones virales (en especial, la gripe). El niño tendrá dolor en los músculos, sobre todo en los gemelos, y dificultad para caminar. Se resuelve sin complicaciones en pocos días con reposo, hidratación y analgesia.

MOLUSCO CONTAGIOSO: infección vírica muy frecuente que se transmite por contacto directo de piel afectada con piel sana. Las lesiones, conocidas como moluscos, son pápulas (redondeadas, perladas y brillantes, del mismo color de la piel) con un hoyuelo central (umbilicadas). Pueden ser aisladas o múltiples y, aunque suelen ser asintomáticas, a veces pican.

Su manejo debe ser individualizado. En muchos casos, se mantiene una actitud expectante, sin tratar, pues tienden a curarse espontáneamente pasados unos meses. En otras ocasiones, el profesional puede indicar tratamiento, con diferentes alternativas que consensuar junto con la familia: aplicación en casa de una medicación sobre los moluscos o un tratamiento realizado en la consulta del especialista, como crioterapia (congelación) o curetaje (extracción con una cucharita cortante).

MONONUCLEOSIS: enfermedad producida principalmente por el virus de Epstein-Barr, también conocida como enfermedad del beso porque se transmite a través de la saliva. En niños pequeños suele pasar inadvertida, mientras que en niños mayores y adolescentes, los síntomas típicos son fiebre, dolor de garganta, mucho cansancio y pérdida de apetito. En la exploración es frecuente encontrar placas en las amígdalas y aumento del tamaño de los ganglios (adenopatías), del bazo (esplenomegalia) y del hígado (hepatomegalia). También es habitual que aparezca una erupción en la piel si se trata con antibiótico. La duración es variable, aunque puede prolongarse 1-2 semanas, y las complicaciones son excepcionales. El tratamiento es sintomático.

MUGUET ORAL O CANDIDIASIS ORAL.

NEUMONÍA: infección de los pulmones que puede estar provocada por virus o bacterias. Los síntomas dependen de la edad del niño y del tipo de patógeno, pero es habitual la presencia de fiebre, tos y dificultad respiratoria. Los síntomas y la exploración (con unos ruidos característicos) suelen ser suficientes para su diagnóstico. Sin embargo, en muchos casos no es tan sencillo, por lo que puede ser

necesaria una radiografía de tórax.
El tratamiento se pautará en función del germen sospechoso. En algunos casos estará indicado tratamiento antibiótico, normalmente vía oral. Si aparecen síntomas de alarma o no se observa mejoría clínica tras 48 horas de iniciar el tratamiento deberéis consultar. En estos casos puede ser necesario ingresar al niño para su tratamiento.

ORZUELO: inflamación de las glándulas que se encuentran en el párpado. Aparece un bulto rojo y doloroso, por fuera o por dentro del párpado. Suele curarse solo, con ayuda de calor para favorecer que se desobstruya la glándula (compresas calientes). Si no mejora, hay que consultar.

OTITIS.

PICADURAS.

PIOJOS.

PLAGIOCEFALIA.

REFLUJO DEL LACTANTE.

SARNA.

SINEQUIA VULVAR: adherencia parcial o total de los labios menores en niñas. Es adquirida (no se nace con ella sino que por lo general aparece entre los 3 meses y 6 años) y transitoria (se resuelve por sí sola con el crecimiento). Suele diagnosticarse de manera casual en las revisiones de salud, ya que en la mayoría de los casos no provoca ningún síntoma. Por este motivo, lo más frecuente es no tratarla. En el caso de tratarse, sobre todo si hay síntomas o complicaciones (infecciones de orina, molestias al orinar…), existen varias alternativas, como aplicar una crema o separar los labios manual o quirúrgicamente. Tras su resolución, es importante mantener una buena higiene genital, evitar toallitas y ropa ajustada y aplicar vaselina durante una temporada para evitar que vuelva a adherirse.

SINOVITIS TRANSITORIA DE CADERA.

SOPLO EN EL CORAZÓN: sonidos que oímos en el corazón producidos por las turbulencias de la sangre al pasar por sus cavidades y vasos. En un 50-90% de los niños se oirá algún soplo durante su infancia o adolescencia de manera casual (el pico máximo es a los 5-6 años). La gran mayoría son benignos: se detectan en corazones sanos, sin que haya detrás ninguna enfermedad. Son más evidentes en circunstancias en las que el corazón va más rápido, como procesos febriles, nerviosismo, práctica de deporte, etcétera.
Suele diagnosticarse con la auscultación, sin necesidad de pruebas adicionales. Sin embargo, si existen dudas por sus características o hay algún signo de alerta, el pediatra te remitirá al cardiólogo pediátrico, que puede determinar si existe alguna alteración mediante una ecografía. Los soplos patológicos, debidos a cardiopatías

congénitas, son muy poco frecuentes.

SUDAMINA.

URTICARIA.

VULVOVAGINITIS O VULVITIS: inflamación de los genitales femeninos por contaminación con gérmenes, mala higiene o contacto con agentes irritantes. Aparece enrojecimiento vulvar, picor, molestias al orinar y secreción. Es el problema ginecológico más frecuente y suele mejorar tomando una serie de medidas higiénicas:

Evitar el uso de ropa ajustada.

Cambiarse frecuentemente de ropa interior.

Lavarse a diario con agua tibia y jabón no irritante.

Usar productos específicos, como antisépticos, en ciertas ocasiones.

Si las molestias persisten, pueden hacerse pruebas complementarias o pautar tratamientos más específicos.

Recuerdo las noches en vela sentada en el sofá para que mi hija pudiera descansar a pesar de la tos y los mocos. Días sin comer por su dolor de garganta. Fiebres altas y persistentes. Madrugadas limpiando vómitos. Lo difícil que ha sido darle algunos medicamentos. Los sustos cuando se ha caído, golpeado y hecho daño. El ir a trabajar dejando a mi pequeña enferma en casa.

Las preocupaciones acerca de la salud de nuestros hijos siempre están presentes, desde antes de que nazcan, y ser pediatra no me exime de ellas, e incluso de dudar en muchas ocasiones de mis capacidades y conocimientos como médica. Soy su madre, no su pediatra: por este motivo consulto a mis compañeros cuando pierdo la objetividad.

Te recomiendo calma durante los primeros años de escolarización (o antes, si tu hijo tiene hermanos mayores), con tantas infecciones. Poco a poco, la situación irá mejorando.

Te recomiendo prevención: vacúnalo y haz de tu hogar un entorno seguro y sin riesgo.

Te recomiendo formarte en primeros auxilios. Es importante saber cómo actuar, pues el tiempo es oro.

Te recomiendo que sigas tu instinto. Si consideras que tienes que consultar, no lo dudes.

Te recomiendo encontrar un pediatra que te dé tranquilidad, que te ayude, que te aporte, en quien confíes.

En el último capítulo hablaré de algunas de las dudas habituales que suelen plantearme en la consulta, no únicamente sobre salud infantil, sino también sobre crianza.

LAS REVISIONES DE SALUD

Desde el nacimiento hasta los 14 años, hay programadas una serie de revisiones cuyo objetivo es la prevención y detección de problemas de salud en los más pequeños. Los primeros meses de vida, se realizan con frecuencia (tras el nacimiento, a los 15 días, al mes de vida…, e incluso con más frecuencia si el pediatra lo considera oportuno), y van espaciándose poco a poco a partir de los 2 años.

Durante estas revisiones, se realiza una exploración física completa para detectar problemas en el crecimiento, la visión, el desarrollo, la alimentación, la conducta… Además, se informa sobre los hábitos de vida saludables y se solucionan las dudas de las familias. ¡Aquí es cuando las familias llegan con las notas del móvil o el pósit cargadito de las dudas!

Hábitos de vida saludable:

Alimentación sana y equilibrada.

Actividad física y deporte regular. Evitar sedentarismo.

Limitar pantallas (por sus efectos negativos físicos, psíquicos, académicos, sociales y de conducta).

Dar ejemplo y educar.

Controlar:

Contenido.

Momento: no durante las comidas, antes de dormir o durante el estudio.

Duración:

<2 años: no exposición, salvo videollamadas a familiares.

2-5 años: máximo 30-60 minutos/día, acompañados.

5-12 años: máximo 60-90 minutos/día, acompañados.

12-15 años: máximo 1,5-2 horas/día.

Descanso adecuado.

Crecimiento y percentiles

El crecimiento en la infancia no es lineal; hay periodos de crecimiento rápido, como sucede durante los primeros meses de vida o en la pubertad, y de crecimiento lento. Entre los factores que intervienen en el crecimiento, la genética tiene un papel muy importante, pero también la alimentación, el ejercicio físico y la existencia de problemas de salud.

Los bebés suelen duplicar el peso que tenían al nacer entre los 4 y los 6 meses, lo triplican a los 12 meses y lo multiplican por cuatro alrededor de los 2 años.

En las revisiones de salud, se valora el peso, la longitud o talla y el perímetro de la cabeza del niño (hasta los 2 años), y aquí es cuando se valora en qué percentil está.

Los percentiles sirven como referencia para saber si un niño crece adecuadamente y en qué punto se encuentra en comparación con otros de su misma edad y sexo. Pero no hay ningún percentil ideal: lo habitual es que el niño esté entre el percentil 3 y el 97, pero no significa que los extremos sean un problema.

A fin de valorar si el crecimiento es adecuado, hay que ver el recorrido o tendencia del niño, para lo que hacen falta varias determinaciones a lo largo del tiempo. Idealmente, cada niño sigue un patrón similar de crecimiento, con pequeñas oscilaciones que requieren de una adecuada interpretación por parte del pediatra. Es en los cambios bruscos, mantenidos y prolongados cuando se realiza un seguimiento más detallado o se solicitan pruebas complementarias.

Desarrollo psicomotor

El desarrollo psicomotor es la adquisición progresiva de habilidades en distintas áreas: de lenguaje, motora, manipulativa y social. Se trata de un proceso continuo, con una secuencia similar en todos los niños, pero con un ritmo variable, pues depende de la maduración del sistema nervioso, de los órganos de los sentidos y del entorno. Su valoración debe realizarse en función de la edad del niño y de su edad gestacional; en caso de prematuros, se aplica la edad corregida (edad que tendría el bebé si hubiera nacido a las 40 semanas de gestación) hasta los 2-3 años.

Para que sepas qué esperar, a continuación te indico algunos hitos que se logran durante los primeros años de vida. Que tu hijo no los consiga dentro de estos tiempos no implica necesariamente que exista algún problema, pero puede ser recomendable la valoración de su pediatra.

LO QUE SUELEN HACER

1-3 meses

Muestra una sonrisa social.
Gorjea y hace sonidos.
Se sobresalta con sonidos.
Sostiene la cabeza.

3-6 meses

Coge objetos con las dos manos.
Ríe a carcajadas.
Vuelve la cabeza y orienta la vista hacia los sonidos.
Inicia volteo.
Inicia balbuceo.
Se mantiene sentado con apoyo.

6-9 meses

Se sienta sin apoyo.
Se voltea.
Inicia la pinza (7-9 meses).
Pasa objetos de una mano a otra.
Inicia desplazamiento: repta, gatea.
Sonríe y se calma con sus figuras de apego.

Dice «mamá» o «papá» sin significado (8-10 meses).

9-12 meses

Pasa de tumbado a sentado.

Se pone de pie con apoyo.

Comprende: reconoce su nombre (8-12 meses), entiende órdenes y prohibiciones (8-14 meses), conoce palabras habituales (10-12 meses).

Señala con el dedo.

Imita gestos sencillos: dar palmas, decir adiós.

Muestra interés por juegos sociales (cucú-tras).

Dice «mamá»/«papá» con significado.

12-18 meses

Camina.

Aumenta su lenguaje:

Tiene vocabulario (con onomatopeyas): 4-7 palabras (12-16 meses), 10 palabras (16-18 meses).

Inicia frases simples.

Sortea obstáculos, sube y baja rampas y escaleras.

Comprende órdenes sencillas.

Realiza juego presimbólico.

18-24 meses

Sube escaleras, corre y salta.

Imita actividades domésticas.

Realiza juego simbólico.

Es capaz de señalar partes de su cuerpo u objetos habituales.

Garabatea.

Aumenta su lenguaje:

Vocabulario: 20 palabras (19-21 meses), 50 palabras (21-24 meses).

Estructura frases con más de 2 palabras.

Sabe decir su nombre.

Vacunas

Las vacunas son productos biológicos que activan la memoria inmunitaria del organismo con el objetivo de prevenir enfermedades infecciosas. Con la administración de la vacuna, el cuerpo genera células de defensa enseñadas para destruir dicho germen en caso de contagio, evitando que el niño enferme o disminuyendo la gravedad de los síntomas.

En nuestro país, hay un calendario de vacunación financiado que comienza a partir de los 2 meses, con continuas actualizaciones y variaciones entre comunidades (motivo por el cual no voy a entrar en detalle de las mismas). Además de las vacunas financiadas por el Sistema Nacional de Salud, existen otras no financiadas, pero sí recomendadas, que el pediatra te indicará.

¿Son seguras? Las vacunas están sometidas a estudios estrictos antes de su comercialización, así como a un estrecho seguimiento posteriormente. Los

efectos adversos que provocan suelen ser leves y transitorios. Los graves son excepcionales, menos frecuentes que los producidos por la propia enfermedad de la que la vacuna protege.

Los **efectos locales** que pueden producir son:

- **DOLOR, HINCHAZÓN Y ENROJECIMIENTO EN EL LUGAR DEL PINCHAZO:** son los más frecuentes. Aparecen a las 48 horas tras la vacunación y ceden espontáneamente en 1-2 días. Aplica frío local sobre la zona y, si el dolor es importante, administra un analgésico.
- **PEQUEÑO BULTO EN EL LUGAR DE PUNCIÓN:** desaparece espontáneamente en unas semanas sin necesidad de tratamiento.

Y estos son los **efectos generales:**

- **FIEBRE:** habitualmente las siguientes 48 horas tras la vacunación, aunque en caso de algunas vacunas (por ejemplo, la vacuna de la triple vírica o varicela) puede aparecer varios días después. Puedes dar antitérmico si se acompaña de malestar.
- **OTROS:** erupción en la piel, malestar, dolor articular, dolor de cabeza, irritabilidad, inapetencia, vómitos y diarrea.

No es recomendable utilizar antitérmicos para prevenir una posible reacción febril. Solo hay que administrarlos si aparece fiebre y se acompaña de malestar.

Si el niño tiene fiebre y mocos, ¿puedo vacunarlo? Las contraindicaciones para administrar una vacuna son raras. Aunque tu hijo tenga un catarro, esté con fiebre o tome medicación, la vacunación no está contraindicada. Podría aconsejarse su retraso en caso de procesos febriles importantes o bronquitis. La única contraindicación absoluta es la alergia grave conocida a dicha vacuna o a sus componentes.

Si quieres más información sobre vacunación, accede a la web del Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría (***www.vacunasaep.org*** *), donde se encuentra toda la información actualizada.*



EXPOSICIÓN SOLAR EN LA INFANCIA

¿Sabías que hasta el 80 % del daño solar que recibimos se produce durante la infancia y la adolescencia? La exposición solar es beneficiosa para nuestra salud, pero a su vez su uso prolongado y excesivo tiene efectos dañinos sobre la piel y los ojos, tanto a corto como a largo plazo. Además, los niños son más vulnerables a estos efectos nocivos, ya que su piel es más sensible y frágil. ¡La piel tiene memoria! Por ello, su cuidado con consciencia es fundamental durante la infancia.

PROTECCIÓN SOLAR



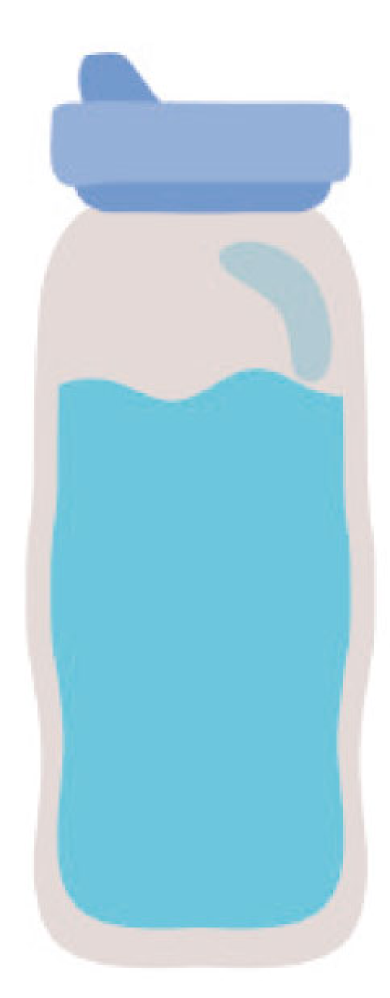
No exponer de forma directa al sol a los menores de 6 meses y limitar la exposición en menores de 3 años.



Tomar medidas físicas: ropa fresca que cubra la piel (optar por ropa con factor protector ultravioleta o UPF si va a estar expuesto al sol), gorra con ala ancha, gafas de sol homologadas (categoría 3-4)...



Evitar la exposición a las horas centrales del día.
Beber agua con frecuencia.



Evitar la exposición prolongada al sol; permanecer en la sombra siempre que sea posible.



CÓMO APLICAR EL FOTOPROTECTOR



Aplicar abundantemente 20 minutos antes de la exposición.

Extender la crema por todas las áreas corporales expuestas, sin olvidar cara, escote, hombros, cuello, manos y pies.



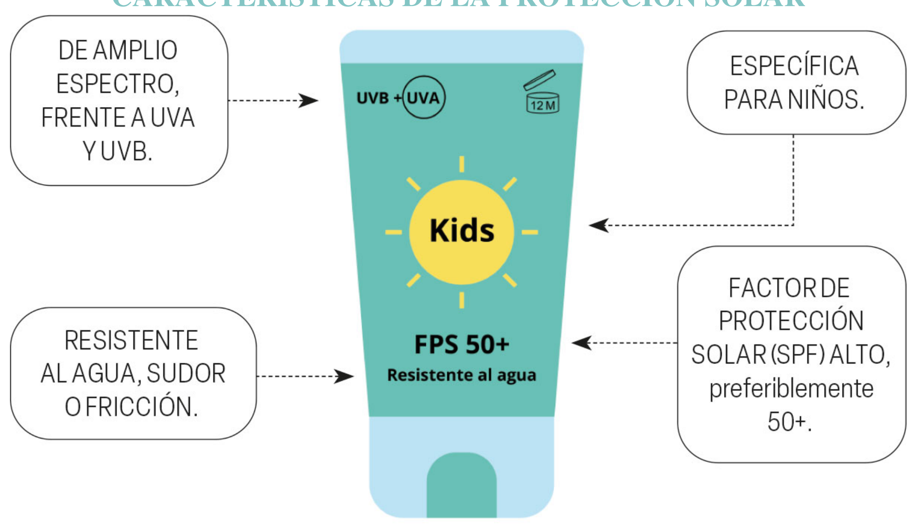
Repetir la aplicación cada 2 horas y tras el baño, sudoración o fricción.



Siempre que realicen actividades al aire libre, también en días nublados.

Aplicar primero el fotoprotector en caso de usar repelente.

CARACTERÍSTICAS DE LA PROTECCIÓN SOLAR



Según la edad:

<6 MESES: no es recomendable aplicar fotoprotectores. Protégelo

con medidas físicas y evita exponerlo al sol.

6 MESES-3 AÑOS(o niños con pieles sensibles): preferible de filtro mineral o físico.

>3 AÑOS: se puede utilizar de filtro químico o mixto.

Los filtros minerales forman una barrera sobre la piel que reflejan la luz solar. Los filtros químicos absorben la luz ultravioleta y la transforman en energía inocua.

LAS PIERNAS Y LOS PIES: DUDAS MÁS FRECUENTES

¿En qué fijarse para elegir zapatos?

Ir descalzo es muy beneficioso para el desarrollo del bebé (favorece la estimulación sensorial, la estabilidad, el equilibrio, la coordinación y el correcto desarrollo del pie), aunque, cuando empieza a caminar, las dudas acerca de cuál es el mejor calzado son muy habituales. El objetivo de los zapatos es proteger sus pies para que no se dañen, pero no deben aislarlo del medio ni limitar su desarrollo.

¿Camina?

NO: no necesita zapatos.

SÍ:

En casa o superficies seguras (playa, césped…):
Pies descalzos.
Calcetines antideslizantes.
Fuera de casa:
Calzado minimalista, que asemeje el ir descalzo.
TALLA CORRECTA
LIGERO
TRANSPIRABLE



Tiene los pies planos

El arco plantar se va desarrollando durante los primeros años de vida: el pie del bebé es plano y regordete por el acúmulo de grasa, pero, a partir de los 4-5 años, el arco empieza a ser evidente y alcanza su máxima altura hacia la adolescencia. Caminar de puntillas y descalzo, así como evitar calzado rígido, ayudará al desarrollo del arco plantar. Sin embargo, un alto porcentaje de la población no lo desarrollará, sino que mantendrá este pie plano flexible, que no produce dolor ni limitación. No requiere tratamiento, salvo que se asocie a otros síntomas.

El pie plano flexible es normal.

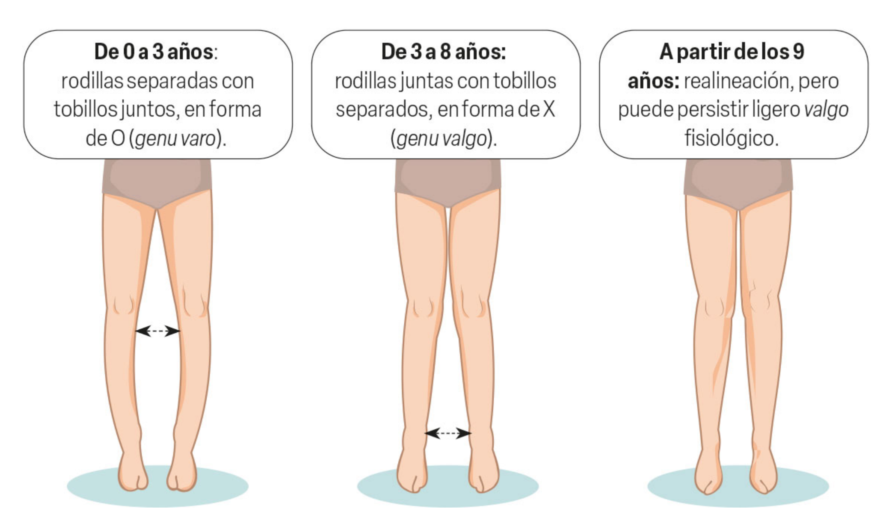
Camina de puntillas

La marcha de puntillas es muy habitual al inicio de la deambulación, hábito que suele mantenerse de manera intermitente hasta los 3 años sin presentar ningún tipo de alteración y cuya causa se desconoce. Sin embargo, si persiste una vez afianzada la marcha, es asimétrica o se produce continuamente, es recomendable que lo revise el especialista.

Mete las rodillas al caminar

Al observar el aspecto de las piernas del niño, puede llamar la atención las angulaciones que se producen durante su crecimiento. Generalmente esto no debe preocupar, pues la mayoría de ellas son deformidades leves, bilaterales y simétricas que forman parte del desarrollo normal. En caso contrario, el pediatra te remitirá al especialista.

RODILLAS



Se sienta en W y mete los pies al caminar

Los niños tienen una orientación de sus articulaciones que les permite sentarse en esta posición. Este es el mismo motivo por el cual también meten los pies hacia dentro al caminar. Esta postura en W forma parte del desarrollo normal en la infancia y no genera ninguna deformidad ni implica ningún problema.

¡LE HAN SALIDO LOS DIENTES!

Por lo general, los dientes temporales aparecen entre los 6 y 12 meses, aunque existe un amplio rango de normalidad, pues podrían estar presentes desde el

nacimiento o retrasarse hasta los 15-18 meses. El orden de erupción también es variable, aunque los primeros dientes suelen ser los incisivos centrales inferiores. La dentición de leche (o temporal) completa se suele alcanzar entre los 2 y 3 años, y la forman 20 piezas temporales. La dentición definitiva la forman 32 piezas.



Algunos síntomas que pueden atribuirse a la dentición (aunque algunos con poca evidencia):



La dentición puede aumentar levemente la temperatura, pero no provocar fiebre. ¡Si aparece fiebre, hay que buscar otras causas!

La dentición es un proceso normal y fisiológico, por lo que no debe medicarse al niño sistemáticamente. No obstante, si el bebé está molesto, hay algunas medidas para aliviarlo:

- Objetos para morder (mordedores), idealmente fresquitos de la nevera.
- Masajes suaves sobre las encías con el dedo o dedal de silicona.
- Helados de leche, materna o de fórmula, o alimentos fríos, como fruta.
- Analgésico oral, si es necesario.

No conviene usar:

- Collar de ámbar: no hay evidencia de que tenga propiedades analgésicas y antiinflamatorias, y es peligroso (riesgo de estrangulamiento y asfixia).
- Gel con anestésico: riesgo de intoxicación.
- Masaje en la encía con paracetamol: no es útil, ya que es una medicación efectiva vía sistémica.

Se mete las manos en la boca y babea mucho, ¿serán los dientes? Es habitual que, en la revisión de los 4 meses, me pregunten acerca de la inminente salida de los dientes del bebé. Sin embargo, lo más probable es que el hecho de que el bebé se meta las manos en la boca y babee no tenga

ninguna relación con la dentición, sino con la llamada *fase oral*, en la que este empieza a reconocer el entorno introduciéndose en la boca todo lo que queda a su alcance. Además, sus glándulas salivares comienzan a funcionar y, hasta que el bebé sepa gestionar este exceso de saliva, la expulsará y habrá un aumento importante de babeo. No suele ser hasta 2-3 meses después cuando empiecen a asomar los primeros dientecitos.

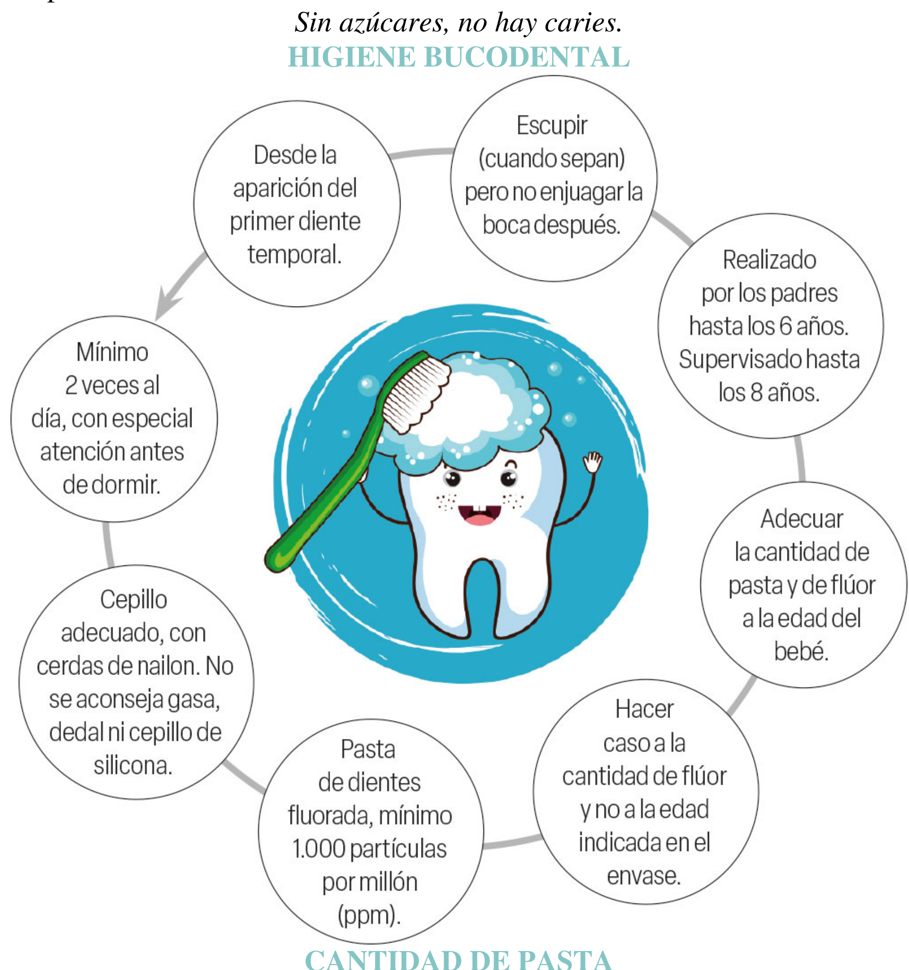
Todas las dudas sobre la higiene bucodental

Caries dental: enfermedad crónica más frecuente en la que influyen diversos factores. Está en nuestra mano prevenirla, ya que algunos hábitos de alimentación y de higiene favorecen su aparición.

Aunque se decía que las bacterias podían transmitirse de boca a boca o que eran hereditarias, se ha visto que con una dieta sin azúcar y un buen cepillado no aparecen caries.

Sin azúcares, no hay caries.

HIGIENE BUCODENTAL



CANTIDAD DE PASTA







0-3 años	3-6 años	> 6 años
Pasta: 1.000 ppm	Pasta: 1.000-1.450 ppm	Pasta: 1.450 ppm
Cantidad: grano de arroz	Cantidad: guisante	Cantidad: guisante

Mi pequeño se traga la pasta, ¿qué pasa con el flúor?

El uso de pastas con flúor siguiendo la cantidad recomendada es segura. El bebé tendría que tragarse la pasta correspondiente a 13 lavados en un día para que hubiera algún riesgo por exceso de flúor. Aun así, se recomienda que la pasta siempre la ponga un adulto y se supervise el cepillado.

Antes de que salgan los dientes, ¿hay que lavarle las encías?

Antes de que salgan los dientes no es necesario ni recomendable limpiar las encías del bebé, y menos si es amamantado, ya que la leche materna que permanece en su boca contribuye a fortalecer su microbiota. La boca del bebé no amamantado se puede limpiar con una gasa húmeda o un dedal de silicona para estimular la encía y aliviar las molestias de la erupción, pero tampoco es necesario.

Las caries en los dientes de leche no tienen importancia, ¡si luego los dientes se caen!

Las caries en los dientes temporales se deben evitar, pues son piezas clave en el desarrollo musculoesquelético y, además, cualquier afectación de estos puede progresar y perjudicar al diente permanente. Para ello, la prevención es importantísima y, en caso de aparecer, el odontopediatra debe tratar las caries.

Me han dicho que la lactancia materna produce caries.

Antes de los 12 meses, la lactancia materna protege frente a la caries. A partir de los 12 meses, los estudios no son concluyentes, porque no se analizan otros factores como el consumo de azúcares en la dieta y la higiene, por lo que no se puede responsabilizar a la lactancia en sí misma de la aparición de caries. Ante una lactancia materna a demanda y nocturna a partir de los 12 meses, es recomendable aumentar los factores de protección: evitar azúcares libres en la alimentación y realizar una higiene bucodental adecuada.

¿Cuándo hay que ir al dentista?

Se aconseja acudir al dentista con la erupción dental o, como tarde, tras el primer cumpleaños para prevenir precozmente la aparición de caries y educar en buenos hábitos. Asegúrate de que sea un dentista especialista en niños (odontopediatra).



Y, PARA TERMINAR, ALGUNOS CONSEJOS PARA ACOMPAÑAR SU DESARROLLO

¡Adiós, pañal!

La retirada del pañal es un hito del desarrollo que cada niño consigue en un momento determinado. Aunque suele suceder entre los 2-3 años, no siempre es así, ya que es un proceso madurativo y cada niño lo logrará cuando esté preparado.

El control durante el día suele preceder al de la noche (que en algunos niños se retrasa hasta los 5 años o más), aunque en ocasiones el niño está preparado para hacerlo al mismo tiempo.

El pañal no se quita, se deja.

Antes:

- Ayudarte con juegos, cuentos, dibujos y muñecos para explicarle la situación y que sea consciente.
- Hacerlo partícipe de cada cambio de pañal.
- Crear un espacio agradable y cómodo en el baño.
- Darle diferentes opciones: orinal apropiado, váter con reductor y escalón, pañales.
- Vestirlo con ropa cómoda y fácil de quitar y poner.
- Dar ejemplo permitiendo que te observe cuando vayas al baño.

Esperar a que esté preparado y buscar un buen momento. Que no esté enfermo ni en etapa de cambios (mudanza, nacimiento de hermanos, inicio colegio…).

Observar algunas señales en el niño:

Permanece tiempo con el pañal seco: orina con menos frecuencia y bastante de una vez.

No quiere llevar el pañal, se lo quita o llora.

Es consciente y comunica cuándo tiene ganas.

Puede permanecer sentado en el váter 2-3 minutos.

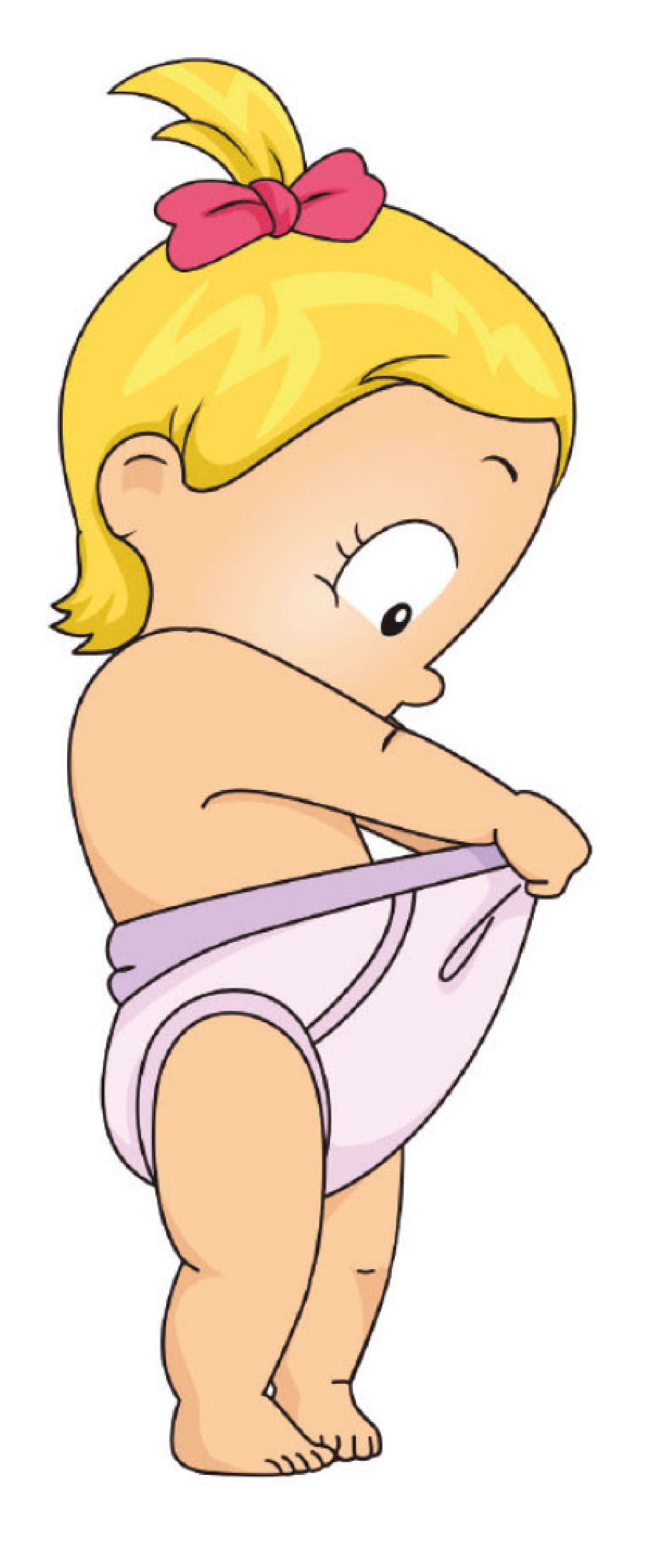
Está incómodo con el pañal sucio y rechaza que lo cambies.

Avisa cuando está haciendo pis o caca.

Sabe subirse y bajarse los pantalones.

Distingue las partes de su cuerpo.

Siente curiosidad e interés por ver lo que haces en el váter.



Cuando llegue el momento:

Comenzar con el pañal del día y luego durante el sueño (primero en las siestas y después por la noche), normalmente cuando se despierte seco.

Ponerle una braguita o calzoncillo que le guste durante el día.

Observar las señales de que tiene ganas de ir al baño. Animarlo a sentarse en el orinal tras las comidas y cada 2-3 horas, sin insistir ni forzar.

Hacerle compañía mientras está sentado, sin prisa ni distracciones.

Lavarle las manos con agua y jabón después.

Alabar los intentos y éxitos, y animarlo para que los repita.

En caso de escapes:

No darles importancia, son normales y forman parte del aprendizaje.

Describirlos, sin reproches, enfados ni castigos. Tampoco hay que mostrar preocupación ni hacer comparaciones.

Pedirle que ayude a limpiar y a recoger.

Dar mucho amor y paciencia. Si no lo consigue en unos días, no hay problema, se puede volver atrás y esperar a otro momento: quizá todavía no está preparado.

Operación chupete

El uso del chupete puede ser un aliado para muchas familias, pero, como ya dije en la pág. 28, su uso prolongado y excesivo puede ser contraproducente. Por este motivo, se recomienda hacer desde el principio un **uso responsable** (limitando su uso a situaciones puntuales e intentando que no sea siempre el primer recurso ante llanto o estrés) **y retirarlo idealmente entre los 12 y 18 meses, y no más tarde de los 2 años**. Sin embargo, puede ser complicado, pues ¡lleva con el chupete toda su vida!

Existen varias alternativas para retirar el chupete, pero mi recomendación es hacerlo progresivamente, respetando los tiempos del niño, con mucha paciencia, cariño y amor. Puedes empezar con el chupete diurno y posteriormente pasar al nocturno.

Buscar un buen momento, evitando que coincida con otros cambios (inicio de la escuela infantil, llegada de un hermanito…).

Anticiparlo y hacerlo partícipe: explicarle la situación, utilizando cuentos para ello.

Evitar que el chupete esté disponible.

No ofrecer el chupete, pero tampoco negarlo. Que no sea la primera opción de consuelo, y tratar de espaciar su uso utilizando distracciones cuando lo reclame.

Consensuar la despedida y fijar el momento en el calendario: preparar una fiesta, acordar intercambio por un detalle, ofrecer a un personaje imaginario o a otro bebé…

Sustituir la rutina de sueño con chupete por otro recurso que le

aporte tranquilidad.

No sé si te has fijado, pero muchos de estos consejos son comunes a los que pueden ayudarte a decirle adiós a la lactancia materna: la función del chupete es cubrir la succión afectiva, que relaja, calma y reconforta, tan necesaria para los bebés.

Rabietas

Forman parte de la conducta normal del niño pequeño, especialmente entre los 18 meses y los 4 años. En estas edades no tienen capacidad ni herramientas para razonar y canalizar las situaciones de frustración o enfado, por lo que actúan con una descarga emocional de llanto, gritos y pataletas. Además, se suma la limitación en el lenguaje, que dificulta su expresión. Las rabietas se acentúan cuando el niño está cansado, tiene hambre o está malito.

Es una etapa difícil para todos, ¡y tan difícil! Pero hay que tener en cuenta que no sabe hacerlo de otro modo, ni nos está manipulando ni tiene malas intenciones. Nuestro papel es permitir al niño expresarse, validar sus emociones y acompañarlo. A continuación, te doy unos consejos que me han ayudado en mi día a día.

Trata de evitar la rabieta:

Anticípate a las situaciones conflictivas, evitando aquellos posibles desencadenantes. Por ejemplo, si sabes que pasar por el parque y no poder quedarte jugando va a desencadenar una rabieta, evita ese recorrido.

Anticípalo, avisándolo con tiempo de lo que va a suceder.

Da ejemplo en el día a día.

Establecer límites es importante, ya que les proporcionan seguridad. Deben ser claros, sencillos y adaptados a su edad, pero coherentes, constantes y firmes.

Céntrate en aquellos límites esenciales: ¿qué es más importante, que se ponga el cinturón del coche o que lleve botas de lluvia en verano?

Dale opciones limitadas, por ejemplo: ¿quieres plátano o manzana?, ¿camiseta verde o naranja?

En el punto álgido de la rabieta:

No pierdas el control: respira hondo y transmite en todo momento calma y tranquilidad.

Conecta con tu hijo: permanece a su altura y mantén contacto visual.

Trata de redirigir la situación: busca alternativas o distracciones, cambia de tema y de lugar.

Muestra empatía y comprensión con frases sencillas, aunque a veces es mejor el silencio.

Acompáñalo y ofrécele tu apoyo y contacto cuando lo creas oportuno, sin forzar. Si lo rechaza, respeta su espacio y dale tiempo. Estate disponible para cuando lo necesite.



Tras la rabieta:

Explica, empatiza, valida y verbaliza sus emociones: habla de lo ocurrido, pon nombre a sus sentimientos.

Muéstrale alternativas para canalizar la frustración en el futuro.

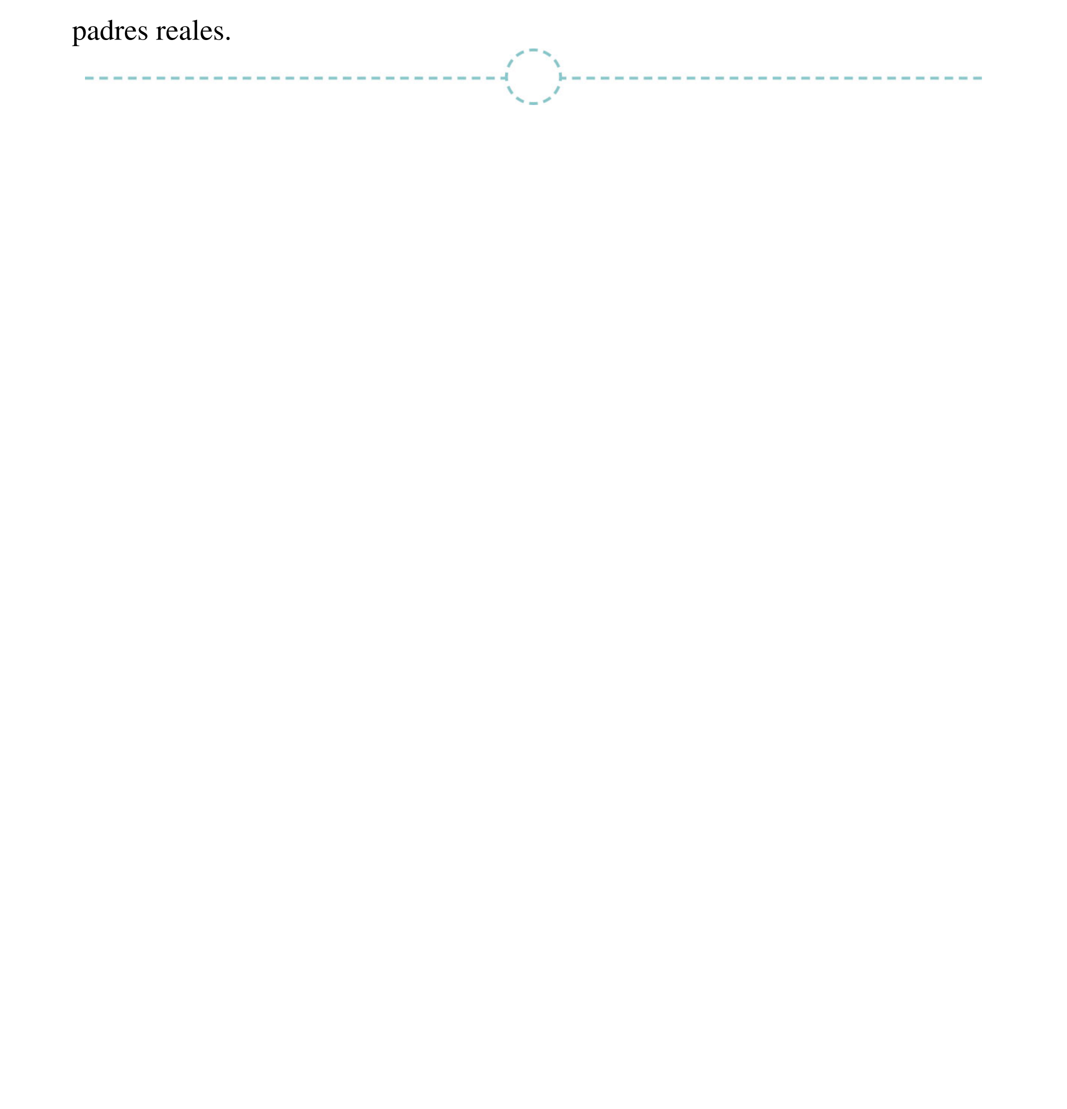
Utiliza cuentos que le ayuden a entender sus sentimientos.

No le guardes rencor ni te enfades: ¡nada ha cambiado!

Cada rabieta es una oportunidad de aprendizaje. Actúa en todo momento con cariño, empatía y comprensión.

No hay madres ni padres perfectos. Las madres y los padres juegan, lloran y ríen; se tropiezan y se levantan; se equivocan y aprenden; luchan, inventan y se reinventan; quieren parar el tiempo y en ocasiones acelerarlo; a veces no pueden más y pierden la paciencia; quieren huir, pero, cuando lo hacen, solamente piensan en volver; se quejan y disfrutan al mismo tiempo; se levantan cada mañana intentando hacerlo mejor… Así son las madres y los

padres reales.



RECURSOS PARA FAMILIAS

LACTANCIA

E-LACTANCIA. Web de consulta sobre compatibilidad de fármacos y otros productos con la lactancia materna.
https://www.e-lactancia.org

MAMAR. Web de recursos y direcciones sobre lactancia materna promovida por el Grupo Independiente de Pediatras Informatizados.
http://www.elgipi.es/lawebica.htm

LA LIGA DE LA LECHE. Organización internacional sin ánimo de lucro que ofrece información y apoyo a las madres que desean amamantar a sus hijos.
http://www.laligadelaleche.org

IHAN. Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia.
https://www.ihan.es

Guía para las madres que amamantan.
https://www.aeped.es/sites/default/files/gpc_560_lactancia_osteba_paciente.pdf

LACTAPP. Aplicación móvil con recursos e información sobre lactancia materna.
http://www.lactapp.es

Alimentación

Alimentación complementaria. Recomendaciones de la Asociación Española.
https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/recomendaciones_aep_sobre_alimentacion_complementaria_nov2018_v

Alimentación saludable en primera infancia. Agencia de Salud Pública de Catalunya.
https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/9237.3/alimentacio_saludable_primera_infancia_2022_cas.pdf

Alimentación saludable en la etapa escolar. Agencia de Salud Pública de Catalunya.
https://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspcat/promocio_salut/alimentacio_saludable/02Publicacions/pub_alim_inf/guia_alimentacio_saludable_etapa_escolar/guia_alimentacion_etapa_escolar.pdf

BLW ideas APP. Aplicación móvil con información de alimentación infantil y BLW.

Salud infantil

ENFAMILIA. Web de la Asociación Española de Pediatría (AEP) dirigida a padres y familias.
https://enfamilia.aeped.es

FAMILIA Y SALUD. Web de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPAP).

https://www.familiaysalud.es

SEPEAP. Apartado para padres con noticias de actualidad y guías para familias.

https://sepeap.org/zona-padres/

COMITÉ ASESOR DE VACUNAS DE LA AEP. Área familias que informa de las generalidades de las vacunas, de las vacunas una por una, los calendarios de vacunación actualizados y foro de dudas.

https://vacunasaep.org/familias

HEALTHY CHILDREN. Web para familias de la Academia Americana de Pediatría.

https://www.healthychildren.org/spanish/paginas/default.aspx

RESPIRAR TO BREATHE. Información sobre el asma infantil de la AEPAP.

https://www.respirar.org/index.php/portal-de-familias

FAROS. SANT JOAN DE DÉU. Espacio de salud infantil del Hospital Sant Joan de Déu.

https://faros.hsjdbcn.org/es

SERPE. Información sobre las enfermedades reumatológicas pediátricas.

https://reumaped.es/index.php/informacion-para-padres

SEICAP. Información de alergias y asma por la Sociedad Española de Inmunología Clínica, Alergología y Asma.

https://seicap.es

Hojas informativas para padres de la Sociedad Española de Urgencias Pediátricas (SEUP). **https://seup.org/hojas-informativas/**

Prevención en la infancia y en la adolescencia. Por la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria.

https://previnfad.aepap.org/previnfamilia

PAPI-PSI (Programa de Actividades Preventivas de la Infancia). Aplicación móvil creada por la AEPAP.

Guía práctica de primeros auxilios para padres del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a todas las personas que han hecho posible que llegue hasta aquí.

A mi familia, por vuestro apoyo incondicional. A Gonzalo, por acompañarme desde hace ya media vida y empujarme a cumplir cada uno de mis sueños. A Valeria, mi pequeña gran revolución, que me ha enseñado a ser lo más bonito del mundo: mamá. A Martín: ahora mismo escribo estas páginas notando tus movimientos en mi interior, pero en pocas semanas estarás en mis brazos y llenarás nuestro corazón para hacernos más felices y completos. A mis padres, por todo el amor, la educación y los valores que me habéis inculcado. A mi hermana Olga, mi mejor amiga (y mejor odontóloga: junto con Javi, me

habéis ayudado en muchas de estas páginas). Porque nada sería sin vosotros. ¡Os quiero!
A mis compañeros y compañeras (y también amigos) durante estos años de profesión (médicos, enfermeras, auxiliares...). Aunque muchos desconocen este proyecto, gran parte de estas páginas y aprendizajes me los han transmitido ellos; en concreto a Marta, Laura y Jose, por las horas que habéis dedicado a revisar una por una estas páginas. ¡Hemos hecho un buen trabajo! Gracias también a Leo, mi «equipo lactancia».
A mis amigos y amigas, que siempre me dais el empujón que necesito, que escucháis mis preocupaciones y temores, y me acompañáis en las alegrías. Incluso habéis puesto de un modo u otro vuestro granito en este libro (Pauli, Marta, Camino, Lucía… y un largo etcétera). A mi primo Héctor y a Andrea, que aparecisteis en el momento oportuno para dar forma y color a la portada.
A otros grandes profesionales y divulgadores de las redes, de los que aprendo infinitamente cada día. Podría nombrar a muchos, pero quiero destacar a Laura (@lapediatralaura), Anna (@pediatra.annaestape) y Gonzalo y Elena (@dospediatrasencasa) por el gran equipo, personal y profesional, que hemos formado en la divulgación pediátrica. También a Isabel (@oftalmologalavista), a Belén (@littlebylittlefisioterapia), a Laura (@lactandcia), a Isa (@odontopediatra_isa)y a Jennifer (@nutri_jenn), por revisar parte del contenido de vuestra especialidad.
A Lunwerg, y en especial a mi editora, Irene, por confiar en mí desde el principio y darme la oportunidad de cumplir uno de mis sueños, por su paciencia infinita y por hacerme tan fácil el camino.
A mis pequeños pacientes, de los que aprendo continuamente, y a las familias que me confiáis la salud de vuestros peques cada día y a los que he tenido el privilegio de acompañar en esta gran aventura de la ma/paternidad.
Y por último, a mi comunidad en redes sociales, que seguís mi contenido y sin quienes probablemente no estaría publicando hoy un libro. Por confiar en mí, ahora y siempre.
Gracias.

¿